

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1563/2015

ATAS/147/2016

**COUR DE JUSTICE**  
**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 22 février 2016**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_:\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître RUTTIMANN Pierre

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES SA, Service juridique,  
sise avenue Perdtemps 23, NYON

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. En date du 21 janvier 2014, Madame A\_\_\_\_\_, anciennement B\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1963, domiciliée à Genève, a été percutée par un piéton qui courait, alors qu'elle-même marchait sur le trottoir. Elle a chuté en arrière et a tapé le dos et la tête contre le sol.
2. Elle travaillait, au moment des faits, à 80 % en qualité de « senior accountant » pour le compte de la société C\_\_\_\_\_ SA à Genève, et était assurée à ce titre auprès de Generali assurances générales SA (ci-après : l'assureur ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).
3. Rentrée à domicile, après sa chute, l'assurée a fait appel à « SOS Médecins ».

Le docteur D\_\_\_\_\_, médecin praticien, a posé le diagnostic de traumatisme crânien sans perte de connaissance, avec vertiges. Dans l'anamnèse, il signale des antécédents de traumatisme crânien, commotion cérébrale plus ou moins pseudo-épilepsie non suivie, non traitée, traumatisme à l'épaule.

A l'examen clinique, il a relevé une douleur résiduelle au niveau dorsal D12-L1-L2 sans douleur métamérique. Pas de gêne respiratoire. Vertige latéralisé à gauche. Romberg négatif, pas de nystagmus, pas de dysmétrie, pas de céphalée résiduelle. Sensation de paresthésies au niveau facial gauche, hémicrânie gauche. Il a prescrit une hospitalisation pour bilan neurologique et scanner ou IRM.

4. Lors de sa consultation du 28 janvier 2014, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, médecin traitant, a noté que l'assurée se plaint de cervico-céphalées aiguës, de photophobie, vertiges, nausées et d'une diminution de l'audition à droite. Il a posé le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral (TCC). Il a préconisé du repos et la prise d'antalgiques.
5. L'employeur a annoncé le sinistre le 6 février 2014. L'assureur a pris en charge le cas et versé les prestations légales d'assurance.
6. Le 12 mai 2014, le Dr E\_\_\_\_\_ a adressé à l'assureur un rapport intermédiaire LAA. Sous la rubrique « évolution », il a indiqué : « lente amélioration psychique et physique » et répondu affirmativement à la question de savoir si des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle dans l'évolution de l'état de santé ; il a renvoyé l'assureur à son rapport du 30 octobre 2013 (référence étant faite à un sinistre maladie de l'année précédente). Quant au traitement en cours, il consistait dans la prescription de médicaments et de physiothérapie.
7. L'assureur a sollicité du médecin traitant la copie de son rapport du 30 octobre 2013. Il ressort que le diagnostic posé était celui de burnout et arthralgies multiples. Le traitement avait débuté le 15 avril 2013. Le traitement avait pris fin le 26 août 2013; le pronostic était bon.

- 
8. Par courrier du 20 juin 2014, l'assureur a informé l'assurée qu'il allait mettre en œuvre une expertise médicale pluridisciplinaire, confiée à la clinique Corela. Il lui a réservé le droit d'être entendue, en lui soumettant les projets de questionnaires à l'expert pressenti, en lui offrant la possibilité de poser des questions supplémentaires et de lui faire part d'éventuelles causes motivées de récusation.
  9. Il a finalement été renoncé à cette expertise, le médecin traitant ayant annoncé une reprise du travail à 100 % dès le 21 juillet 2014.
  10. Suite à l'accident, l'assurée a présenté les incapacités de travail suivantes :
    - 100 % du 22 janvier au 16 février 2014 ;
    - 75 % du 17 février au 16 mars 2014 ;
    - 60 % du 17 au 23 mars 2014 ;
    - 50 % du 24 mars au 6 avril 2014 ;
    - 40 % du 7 avril au 31 mai 2014 ;
    - 30 % du 1<sup>er</sup> juin au 20 juillet 2014.
  11. a) En date du 15 août 2014, l'assurée s'est rendue à la consultation d'otologie du docteur G\_\_\_\_\_, privat docent, médecin adjoint agrégé du service d'ORL et de chirurgie cervico-faciale des HUG. Il ressort du rapport de ce médecin du 18 août 2014 que la patiente lui avait été adressée par la doctoresse F\_\_\_\_\_, FMH ORL, pour troubles neuropsychologiques de l'audition et de la vision des suites d'un accident en janvier 2014 (chute en arrière). Dans les renseignements anamnestiques, le Dr G\_\_\_\_\_ relevait que, depuis l'accident, la patiente présente des problèmes d'audition (discrimination des mots), de la vision et de la concentration. Elle a recommencé à travailler à plein temps, mais elle se plaint de troubles de la concentration et de fatigue. Jusqu'alors il n'avait pas été fait d'examen détaillé de la fonction neuropsychologique et de la vision. Status ORL : à l'otoscopie, la membrane tympanique était normale des deux côtés. S'agissant de l'acoumétrie : Weber centré. Rinné positif des deux côtés. Le Dr G\_\_\_\_\_ a décidé de déclencher un bilan complet des fonctions neuropsychologique, de l'audition, du système vestibulaire et de la vision.  
  
b) Une IRM cérébrale a été effectuée le 29 août 2014 et n'a pas révélé de lésion post-traumatique. Le rapport fait état d'un précédent examen en date du 10 février 2006.  
  
c) Dans un rapport daté du 2 octobre 2014, le docteur H\_\_\_\_\_, FMH en ophtalmologie, a indiqué avoir revu le 10 septembre 2014, pour la première fois depuis son accident du 21 janvier 2014, cette patiente qu'il avait déjà connue jusqu'en 2007. Depuis son accident, elle se plaignait de ce que sa vision était instable, et qu'elle ne supportait pas un paysage changeant, ni de regarder dans tous les sens. Il n'avait pas posé de diagnostic, et souhaitait que la patiente soit vue par un neuro-ophtalmologue. La durée du traitement était tout à fait indéterminée, et dépendrait du diagnostic. Il n'avait pas prescrit d'incapacité de travail. Le status oculaire était bon (acuité visuelle, pression, fond d'œil, champ visuel). Il y avait une

petite hétérophorie. Il manquait encore un examen ORL. et un examen chez le neuro-ophtalmologue.

d) le 17 novembre 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a adressé un rapport intermédiaire à l'assureur : elle n'avait vu l'assurée qu'une seule fois, n'avait pas posé de diagnostic ; elle avait demandé des examens complémentaires et n'avait plus eu aucune nouvelle de la patiente.

e) Dans un rapport du 18 novembre 2014, le docteur I\_\_\_\_\_, FMH en neurologie électroencéphalographie, a relevé que la patiente se plaignait d'une grande fatigue, d'une difficulté à effectuer plusieurs tâches en même temps, ceci depuis le TCC. Lorsqu'elle était en discussion avec plusieurs personnes, elle pouvait entendre les gens mais se trouvait dans un état où elle disait ne plus comprendre les sons et ne plus comprendre les paroles des différents intervenants. À son travail, elle était confrontée à la tâche d'apprendre un nouveau logiciel, ce qui ne lui avait pas été possible. Dans ce même temps, soumise à une surcharge de travail, elle avait été amenée à un épuisement professionnel. L'examen clinique neurologique était normal. À l'épreuve des bras tendus on notait un très discret tremblement positionnel intermittent. Le nystagmus optocinétique au tambour créait un léger inconfort. La démarche dans le cabinet était normale. Le funambule dans un premier temps n'était pas réalisable, mais il était très bien réussi après exercice. L'épreuve de Romberg dans un premier temps n'était pas tenue, puis elle était parfaitement tenue. Son diagnostic était donc très probablement un syndrome post-traumatique, puisque les événements sont survenus juste après le traumatisme crânien et les symptômes avaient été amplifiés ou mis en lumière par une activité professionnelle trop intense à laquelle elle n'avait pas réussi à s'adapter. Le pronostic était normalement excellent, mais le traitement était un repos probablement plus important qu'elle ne le faisait actuellement, et une reprise très progressive du travail et de la complexité des tâches ainsi que de leur acquisition.

f) Dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que les examens complémentaires pratiqués n'avaient pas mis en évidence une grave atteinte du système vestibulaire ou du cerveau. Lors de l'examen neuropsychologique réalisé, elle avait eu de légères difficultés en double tâche. Entre-temps elle avait vu le neurologue qui avait posé le diagnostic de syndrome post-traumatique avec pour seule thérapie un arrêt de travail pendant un temps assez prolongé, avec ensuite une reprise de travail ciblée. En définitive, il n'avait pas de thérapie à proposer, si ce n'était un repos prolongé.

Dans un bref rapport intermédiaire à l'assureur du 15 décembre 2014, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que le dossier était clôturé en ORL ; il constatait l'absence de pathologie à ce niveau, aucun traitement n'était en cours, la patiente étant suivie par un neurologue. Il fallait prendre contact avec le Dr I\_\_\_\_\_.

12. Le médecin traitant a prescrit un nouvel arrêt de travail à 100 % du 1<sup>er</sup> au 28 février 2015.

13. Par décision du 30 janvier 2015, l'assureur a mis fin aux prestations d'assurance LAA à compter du 1<sup>er</sup> février 2015, au motif qu'il n'existait plus de lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles persistants et l'accident du 21 janvier 2014. L'effet suspensif à une éventuelle opposition a été retiré.

Il ressortait de la déclaration d'accident du 6 février 2014 remplie par l'employeur, - corroborée par les propres explications de l'assurée - que l'accident du 21 janvier 2014 était survenu dans les circonstances suivantes : en descendant d'un bus, l'employée marchait rapidement pour attraper le bus suivant, et elle était entrée violemment en collision avec un autre piéton qui courait « aussi »; le choc l'avait projetée au sol, sur l'intégralité de son dos et la tête. La chute très rapide ne lui avait pas donné le temps de faire quelque mouvement que ce soit pour se rattraper ou ralentir sa chute. Elle avait été assommée par le choc. Le questionnaire sur les circonstances fait également mention de ce que des douleurs à la nuque sont apparues immédiatement et que la personne qui l'avait percutée était partie juste après avoir demandé comment elle allait. Après avoir rappelé les faits retenus ci-dessus, et constaté que, sur la base des analyses du neurologue, le médecin traitant attestait d'un arrêt de travail à temps complet depuis le 15 décembre 2014 pour une durée encore indéterminée, l'assureur a rappelé les exigences posées à l'obligation de prestations d'un assureur-accidents (lien de causalité naturelle et adéquate entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé). Quant aux diagnostics retenus, au vu des divers examens effectués auprès de plusieurs spécialistes de différents domaines, il n'y avait pas de troubles objectivables. Au vu de ce qui précède et de la jurisprudence rappelée, l'assureur niait toutes prestations à compter du 31 janvier 2015. Quand bien même il devrait admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le « traumatisme cranio-cérébral » et l'accident, sa responsabilité au titre d'assurance-accidents ne serait pas engagée, le lien de causalité adéquate n'étant de toute manière plus retenu, au plus tard à compter du 1<sup>er</sup> février 2015.

Cette décision précisait encore que l'employeur bénéficiant également d'une couverture perte de gain en cas de maladie pour ses employés auprès de la même compagnie (contrat n° 22389834), la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail de l'assurée serait à compter du 1<sup>er</sup> février 2015 indemnisée par l'assureur, dans le cadre du contrat APG maladie.

Copie de cette décision a également été notifiée à Assura, assureur-maladie de l'assurée.

14. L'assureur-maladie, qui avait, dans un premier temps, formé une opposition de principe à cette décision, pour respecter le délai légal, le temps d'examiner le dossier de l'assureur-accident et réunir les renseignements complémentaires nécessaires à sa détermination, a toutefois communiqué à l'assureur, en date du 19 mars 2015, qu'il retirait son opposition « de principe » et admettait son obligation de prester dès le 1<sup>er</sup> février 2015.

15. Par courrier recommandé du 4 mars 2015, représentée par un conseil, l'assurée a formé opposition à la décision du 30 janvier 2015. Elle a conclu préalablement à la restitution de l'effet suspensif, et sur le fond à l'annulation de la décision du 3 février 2015, et à ce que soit ordonnée une expertise pluridisciplinaire pour statuer sur la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 21 janvier 2014 et les troubles actuels persistants. Le tout avec suite de frais et dépens.
16. Sur demande de l'assureur, le service de radiologie des HUG lui a transmis une copie de l'IRM cérébrale effectuée le 10 février 2006.

Il ressort du rapport établi le 14 février 2006 que cet examen avait été demandé, pour une patiente aux antécédents incertains de maladie auto-immune (sclérodémie ?) ainsi qu'une maladie de Raynaud, en raison de l'apparition d'un nystagmus gauche lors du regard latéral droit avec dissymétrie gauche. Il est noté un antécédent de fracture du crâne occipital à l'âge de 8 mois. La question était posée d'une atteinte cérébelleuse. Ce rapport concluait à l'absence d'argument IRM en faveur d'une vasculite. Pas d'atteintes cérébelleuses expliquant le nystagmus. Mise en évidence d'une lésion de topographie sous-arachnoïdienne frontale supérieure gauche vraisemblablement artefactuelle ayant nécessité une exploration scannographique à vide complémentaire afin d'infirmier la présence d'un saignement sous-arachnoïdien. Formation polype vide maxillaire droite.

17. Le 8 avril 2015, l'assureur a rendu sa décision sur opposition : l'opposition était rejetée. L'effet suspensif à un éventuel recours était retiré. En l'occurrence, l'IRM cérébrale réalisée le 29 août 2014 n'avait mis en évidence aucune lésion organique post-traumatique. Il n'y avait pas non plus d'atteintes organiques au niveau de l'audition, de la vue ou du système vestibulaire. Il en découlait que l'on se trouvait en présence de symptômes cliniques sans substrat organique, pour lesquels il n'y avait plus de traitement médical susceptible d'améliorer la capacité de travail de l'assurée. Pour juger de la causalité naturelle des troubles de l'assurée avec l'accident du 21 août 2014, il fallait tenir compte du fait que ceux-ci s'inscrivent dans le contexte d'un épuisement professionnel ayant déjà occasionné une incapacité de travail avant l'accident en cause. Les symptômes cliniques sont d'ailleurs largement superposables (grande fatigue, aux douleurs diffuses, problèmes de concentration), ce qui tendrait à confirmer que l'accident n'avait aggravé que de manière transitoire un état maladif préexistant. Le fait il y ait déjà eu une indication, en février 2006, à réaliser une IRM cérébrale, en dehors de tout traumatisme, plaidait également en faveur de l'aggravation transitoire d'un état antérieur. Quoi qu'il en soit, l'absence de substrat organique permettait toutefois de laisser ouverte la question de la causalité naturelle et rendait superflue la mise en œuvre d'une expertise médicale, telle que sollicitée par l'opposante. En effet, l'existence d'un lien de causalité adéquate devait de toute façon être niée dans le cas d'espèce. Selon la jurisprudence, le diagnostic de traumatisme crânien, sans lésion organique au cerveau, ne permet pas d'admettre la réalisation du critère de la

---

gravité ou de la nature particulière des lésions, pour juger de la gravité de l'accident, seules comptant les circonstances objectives de l'accident. Aucun critère retenu par la jurisprudence n'étant réalisé en l'espèce, un lien de causalité adéquate devait par conséquent être nié.

18. Par mémoire du 12 mai 2015, l'assurée, représentée par son conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut préalablement à la restitution de l'effet suspensif, et principalement à ce que la décision sur opposition du 8 avril 2015 soit annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée, pour expertise et poursuite de l'instruction, avec suite de dépens subsidiairement à ce qu'il soit ordonné une expertise pluridisciplinaire pour statuer sur la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 21 janvier 2014 et les troubles actuels persistants. Le 20 juin 2014, alors que la recourante avait une capacité de travail de 70 %, l'assureur avait ordonné une expertise pluridisciplinaire auprès de la clinique Corela. Cette expertise qui, selon l'assureur, avait pour objet de réaliser un examen clinique exhaustif, de préciser les diagnostics, de discuter les points clés des rapports antérieurs, d'établir la causalité avec l'accident et d'évaluer l'évolution des troubles et leur éventuel statu quo avait été annulée par l'assureur compte tenu du fait que l'assurée avait repris son emploi à temps complet. Cette reprise d'activité avait malheureusement été de courte durée, la recourante continuant à souffrir de troubles persistants. Le médecin spécialiste ayant réalisé la consultation d'otologie le 15 août 2014 avait mis en évidence la nécessité de procéder à des examens complémentaires des fonctions neuropsychologiques de l'audition, du système vestibulaire et de la vision. Le rapport concluait à l'absence d'évidence de lésion post-traumatique. Le rapport du Dr H\_\_\_\_\_ du 15 septembre 2014 concluait que l'examen oculaire était bon mais qu'il devait y avoir un problème en relation avec le vestibule et proposait des examens complémentaires neuro-ophtalmologiques auprès d'un spécialiste à Lausanne. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait précisé dans son rapport que la recourante présente donc très probablement un syndrome post-traumatique puisque les événements sont survenus juste après le traumatisme crânien et les symptômes ont été amplifiés mis en lumière par une activité professionnelle trop intense à laquelle elle n'a pas réussi à s'adapter. Le Dr G\_\_\_\_\_ relevait le diagnostic de syndrome post-traumatique et la nécessité d'un arrêt de travail pendant un temps assez prolongé. Il n'existait aucun avis médical faisant un lien entre la première incapacité de travail (en 2013) évoquée par l'intimée dans la décision entreprise et la situation actuelle. En outre un « burnout » est a priori totalement incompatible avec une activité professionnelle à 50 %. Il n'existait enfin aucun lien prouvé médicalement entre l'IRM de 2006 et la situation actuelle. Les éléments relevés par l'assureur ne font que démontrer la nécessité d'une expertise pluridisciplinaire pour clarifier les liens entre l'accident du 21 janvier 2014 et les troubles dont souffre toujours la recourante. Par la décision entreprise, l'intimé avait violé le droit d'être entendu de la recourante, d'une part en ne se prononçant pas sur l'objet principal de sa demande, soit la mise en place d'une expertise

multidisciplinaire, et d'autre part en ne transmettant pas à l'assurée l'opposition qu'avait formée l'assureur-maladie à la décision du 3 février 2015, avant de la retirer le 19 mars 2015. De même, la décision entreprise tirant argument de l'IRM de 2006, outre l'absence apparemment complète de lien entre cet examen et les troubles actuels, l'assureur avait demandé que cette pièce soit versée au dossier, puis en avait tiré argument sans que l'assurée n'en ait connaissance et ne puisse prendre position. Encore une fois, ce procédé violait le droit d'être entendu de la recourante, un assuré ayant le droit de se voir remettre toutes les pièces du dossier et de se déterminer à leur endroit. Le fardeau de la preuve de la rupture du lien de causalité naturelle et adéquate appartient à l'assureur qui invoque la suppression du droit aux prestations. En l'espèce, la rupture du lien de causalité naturelle et adéquate invoquée par l'intimée ne repose pas sur les conclusions d'une expertise médicale ad hoc, mais sur une appréciation juridique du dossier par l'assureur lui-même. Or, selon les principes établis par la jurisprudence, il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire notamment. La reprise de l'activité professionnelle à temps complet pendant quelques mois n'était pas un facteur permettant de conclure sans expertise à la rupture du lien de causalité « adéquate et naturelle » avec l'accident à l'origine du trouble. Les examens médicaux ayant eu lieu pendant la période de reprise de l'activité professionnelle l'avaient été à l'initiative de la recourante, ces avis médicaux dispersés ne pouvant être assimilés à une expertise compte tenu de l'absence de coordination disciplinaire et temporelle ainsi que de conclusions qui caractérisent une expertise proprement dite. D'où la nécessité d'ordonner une telle mesure d'instruction.

19. Par arrêt incident du 26 mai 2015 (ATAS/378/2015), après avoir recueilli le préavis de l'intimée, la chambre de céans a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif et réservé la suite de la procédure,
20. L'intimée a répondu au recours, par mémoire du 3 juin 2015. Elle conclut à son rejet et à la confirmation de la décision sur opposition du 8 avril 2015. Dans son recours, l'assurée n'a fait valoir que des arguments de nature formelle - violation du droit d'être entendu - sans se prononcer sur l'argumentation matérielle de la décision attaquée, en particulier sur la question de la causalité adéquate. Contrairement à ce que prétend la recourante, les motifs pour lesquels l'intimée n'a pas donné suite à sa demande d'expertise ressortent clairement de la décision attaquée : celle-ci a mis en évidence le fait que la recourante ne présente pas de lésion traumatique objectivable d'un point de vue organique, ce qui a pour conséquence que l'existence d'un lien de causalité adéquate doit également être établie pour justifier la poursuite du droit aux prestations d'assurance LAA. Selon la jurisprudence, l'assureur arrivant à la conclusion qu'un tel lien de causalité adéquate fait défaut, il est en droit de laisser ouverte la question de la causalité naturelle et de renoncer à toute mesure d'instruction complémentaire. S'agissant de la non-communication de l'opposition

---

de l'assureur-maladie à l'assurée, il y avait tout d'abord lieu d'observer que la décision elle-même mentionnait qu'une copie en serait adressée à l'assureur-maladie, lequel a formé une opposition de principe le 24 février 2015 et demandé la consultation du dossier. Par courrier du 19 mars 2015, l'assureur-maladie a indiqué à l'intimée : « Compte tenu des éléments figurant au dossier que vous nous avez transmis, nous .... retirons l'opposition de principe formée par nos lignes du 24 février 2015 et reconnaissons nos obligations légales dans ce cas, dès le 1<sup>er</sup> février 2015. » On peut légitimement déduire de ce courrier que l'assureur-maladie a tout simplement été convaincu du bien-fondé de la décision attaquée. On ne voit pas sinon son intérêt à assumer des prestations à la place de l'assureur-accident. Prétendre que l'intimée, laissant la recourante dans l'ignorance d'une telle opposition et de son retrait serait non seulement constitutif d'une grave violation du droit d'être entendu, irréparable devant la chambre de céans, mais suggérerait en outre que les assurances se seraient arrangées entre elles au détriment de l'assurée, relevait de la pure fantaisie, étant observé qu'on voit mal ce que l'assurée aurait pu faire de plus que de prendre acte du retrait de l'opposition de sa caisse-maladie. Il en va de même pour l'absence de transmission du rapport de l'IRM cérébrale du 10 février 2006. Dans la mesure où la décision attaquée est fondée principalement sur l'absence de causalité adéquate entre les troubles actuels et l'accident du 21 janvier 2014, ce rapport n'a pas été déterminant pour l'issue du litige. Il s'agit donc d'une violation du droit d'être entendu parfaitement susceptible d'être réparée par l'autorité de céans, laquelle dispose d'un plein pouvoir d'appréciation en fait et en droit. Selon la jurisprudence, il n'y a pas lieu de renvoyer la cause à l'autorité inférieure, même en cas de violation grave du droit d'être entendu, lorsque ce renvoi équivaut à un exercice de style purement formaliste, entraînant un prolongement injustifié de la procédure, contraire aux exigences de simplicité et de célérité que cette dernière doit remplir. Enfin quant à la nécessité d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, l'intimé observe que la recourante a été, sous la supervision du Dr G\_\_\_\_\_, soumise à un bilan complet des fonctions neuropsychologique, neurologique, de l'audition, du système vestibulaire et de la vision. Ces examens ont confirmé l'absence de lésion traumatique objectivable du point de vue organique et l'absence de traitement médical susceptible d'améliorer notablement l'état de santé de la recourante. L'intimé pouvait ainsi retenir que le cas était stabilisé et qu'elle pouvait procéder à l'examen de la causalité adéquate. La mise en œuvre d'une expertise avait été envisagée par l'intimé à un moment où ces informations médicales n'étaient pas disponibles, ce qui n'était plus le cas lorsque la décision attaquée a été rendue. La requête de la recourante tend à recueillir une seconde opinion, sur des faits déjà établis, en espérant que les nouvelles conclusions lui seraient plus favorables. Il ne se justifie dès lors pas d'y donner suite, d'autant moins que l'absence de causalité adéquate rend de toute façon superflue une telle mesure d'instruction.

21. La recourante a été invitée à répliquer, ce à quoi elle a renoncé, par courrier de son conseil du 26 juin 2015.

22. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

**EN DROIT**

1. La compétence de la juridiction de céans et la recevabilité du recours ont déjà été constatées dans l'arrêt incident du 26 mai 2015 (ATAS/378/2015), de sorte qu'il n'y sera pas revenu.
2. On rappellera néanmoins que sur le fond, le litige porte sur la question de savoir si les troubles actuels persistants entrent dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 21 janvier 2015 et en conséquence de savoir si l'intimée est tenue de verser des prestations relevant de la LAA au-delà du 31 janvier 2015, respectivement si, dans l'état actuel du dossier, la mise en œuvre d'une expertise médicale est nécessaire.
3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle

avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

c) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex. vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

d) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable

(ATF 134 V 109 consid. 7 à 9; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 117 V 359 consid. 6a; SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2; sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Lorsque l'accident est insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles peut, en règle générale, être d'emblée niée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 428/2006 du 30 octobre 2008 consid. 4.2). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2):

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a; ATF 117 V 369 consid. 4b).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

Nonobstant ce qui précède, même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral - si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2) - il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques, soit :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;

- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Casuistique:

*Circonstances concomitantes particulièrement dramatiques :*

Le Tribunal fédéral a rappelé que le critère de «circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident» a été admis, s'agissant d'un important carambolage sur l'autoroute, ou d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute avec nombreux heurts contre le mur du tunnel, ou d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré l'a poussé sur une longue distance (300 m de côté), ou encore, d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_817/2009 du 26 mars 2010 et les références).

*Accidents de gravité moyenne :*

Il a estimé que lorsque l'effet des forces en présence n'était pas dérisoire, l'accident est qualifié de gravité moyenne et non de moyen à la limite des cas graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_316/2008 du 29 décembre 2008 et les références).

Ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_354/2011 du 3 février 2012), une chute d'ascenseur sur deux étages (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 204/00 du 30 avril 2001), la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 338/05 du 1<sup>er</sup> septembre 2006), un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004).

Le Tribunal fédéral a considéré qu'un accident impliquant une voiture roulant à moins de 50 km/h pouvait être qualifié d'accident de gravité moyenne en l'absence de circonstances particulières (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3).

Un accident impliquant une collision par l'arrière du véhicule de l'assuré qui a été projeté sur une distance de 15 m doit être considéré comme un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2).

Lorsqu'un véhicule est percuté par l'arrière par une autre voiture alors qu'il se trouve à l'arrêt sur la chaussée en présélection à gauche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 237/04 du 13 septembre 2005 consid. 4).

Accidents de gravité moyenne, à la limite des cas graves :

Ont par contre été considérés comme des accidents moyens, à la limite des accidents graves, une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture et une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 88/98 du 7 juin 1999).

4. a) L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un

---

traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type «coup du lapin», l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

---

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

d) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

5. En vertu de l'art. 42 LPGA, les parties ont le droit d'être entendues. Il n'est pas nécessaire de les entendre avant une décision sujette à opposition.

La jurisprudence, rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 129 II 504 consid. 2.2), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa, 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond. Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un

---

vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3d/aa, 126 V 132 consid. 2b et les références).

6. En l'espèce, la recourante reproche à l'intimée d'avoir porté de graves atteintes à son droit d'être entendue, au point qu'une telle violation serait dans le cas d'espèce, et à ses yeux, irréparable devant la chambre de céans, et devrait conduire en conséquence à l'annulation de la décision entreprise. Au vu des principes rappelés ci-dessus, régissant la garantie du droit d'être entendu, et sa sanction ultime, soit l'annulation de la décision attaquée, - si elle devait être avérée et d'une gravité telle qu'elle ne pourrait pas être réparée devant la chambre de céans -, ce grief doit être examiné prioritairement :

a) la recourante reproche tout d'abord à l'intimée de ne pas s'être prononcée sur l'objet principal de sa demande, soit la mise en place d'une expertise multidisciplinaire. En substance, elle fait grief à l'assureur de ne pas avoir motivé sa décision, sur cette question. Elle se trompe manifestement. De surcroît, son argumentation n'est pas exempte de contradictions : d'un côté, sous le titre « absence de prise de position de l'assureur sur la demande d'expertise » elle semble reprocher à l'intimée d'avoir purement et simplement ignoré cette conclusion ; et d'un autre côté, elle affirme n'être pas en mesure de savoir pour quelle raison sa demande d'expertise a été « refusée ». Dans le corps de son argumentation, la recourante écrit : « En ne se prononçant pas cette demande d'expertise, (sic !)... (l'intimée) n'a pas satisfait à son devoir de motivation de la décision entreprise,... » Dans le contexte où cette allégation a été énoncée, en relation avec la contradiction relevée ci-dessus, il est difficile de savoir si le reproche fait à l'intimée est, au fond, celui de ne pas avoir donné suite à sa demande (en n'ordonnant pas - en d'autres termes en ne « se prononçant pas » l'expertise demandée), ou si au contraire elle fait grief à l'assureur de ne pas s'être prononcé au sujet de cette demande (« en ne se prononçant pas sur cette demande d'expertise). Quoi qu'il en soit, et n'en déplaise à la recourante, l'intimée a bien refusé d'ordonner une telle expertise, après avoir constaté qu'aux termes des investigations médicales figurant au dossier, l'IRM cérébrale réalisée le 29 août 2014 n'avait mis en évidence aucune lésion organique post-traumatique, et qu'il n'y avait pas non plus d'atteintes organiques au niveau de l'audition, de la vue ou du système vestibulaire. L'on se trouvait ainsi en présence de symptômes cliniques sans substrat organique, permettant de laisser ouverte la question de la causalité naturelle, rendant superflue la mise en œuvre d'une expertise médicale, telle que sollicitée par l'opposante. En effet, pour les motifs exposés dans la suite de cette décision, l'existence d'un lien de causalité adéquate devait de toute façon être niée, même s'il fallait admettre la persistance d'un lien de causalité naturelle (décision entreprise p. 6). Toute autre est la question de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a considéré dans le cas d'espèce qu'il n'y avait pas lieu d'ordonner une telle expertise.

Ce premier grief n'est donc pas fondé.

b) En deuxième lieu, la recourante estime que l'intimée aurait violé son droit d'être entendue en ne lui transmettant pas l'opposition qu'avait formée l'assureur-maladie à la décision du 3 février 2015, avant de la retirer le 19 mars 2015.

Dans ce contexte, et pour dissiper toute ambiguïté par rapport à la décision entreprise, dès lors que l'on se réfère parfois à la décision du « 30 janvier 2015 » et parfois à la décision du « 3 février 2015 », il s'agit bien d'une seule et même décision : elle a été communiquée, le jour où elle a été rendue, soit le 30 janvier 2015, tant à l'assurée qu'à son assureur-maladie. L'intimée a toutefois précisé dans sa réponse, que dans un premier temps, la décision notifiée à la recourante lui avait été retournée, car l'adresse était erronée. Elle lui avait donc re-notifié cette décision à la bonne adresse, le nouvel exemplaire, identique au précédent, étant toutefois daté du 3 février 2015.

Ceci dit, comme le relève à juste titre l'intimée, la décision entreprise mentionnait expressément qu'elle était également adressée à l'assureur-maladie. Si la position de son assureur-maladie revêtait une importance particulière pour elle, rien n'eût empêché la recourante de prendre contact avec cet assureur, pour l'interroger sur ses intentions par rapport à la décision de l'assureur-accidents. Quoi qu'il en soit, la transmission à l'assurée de l'annonce d'opposition de principe de son assureur-maladie n'avait de toute manière guère d'intérêt, d'autant qu'elle n'était motivée que par le souci de respecter le délai d'opposition et ainsi de sauvegarder ses droits, pour, dans l'intervalle, examiner si, au vu du dossier et des renseignements complémentaires qu'elle souhaitait réunir, elle maintiendrait ou non cette opposition. Dès lors qu'elle l'avait retirée, une telle communication à l'assurée perdait tout intérêt, à supposer qu'elle en ait présenté le moindre, préalablement. On voit mal en effet ce que la recourante ait pu faire d'autre que de prendre acte de ce retrait. Ceci dit, cet élément n'a pas eu la moindre influence sur l'issue de la propre opposition de l'assurée, ni la moindre incidence dans la décision entreprise. Ce grief apparaît dès lors purement formel, la recourante n'avançant d'ailleurs aucun argument propre à rendre même vraisemblable l'importance reconnaissable qu'aurait dû avoir une telle communication pour l'assureur. On ne saurait dès lors la suivre lorsqu'elle allègue que la violation reprochée serait d'une telle gravité qu'elle ne pourrait pas être réparée devant l'autorité de céans. Nantie de la réponse et des pièces communiquées par l'intimée, elle n'a du reste pas jugé bon de répliquer, et par conséquent de se prononcer sur ces documents.

Ce grief est lui aussi mal fondé.

c) Enfin la recourante reproche à l'assureur d'avoir versé au dossier le rapport de l'IRM de 2006, puis d'en avoir tiré argument dans la décision entreprise, sans l'avoir préalablement communiqué à l'assurée afin qu'elle puisse prendre position à son sujet. Ce procédé violait le droit d'être entendu de la recourante, un assuré ayant le droit de se voir remettre toutes les pièces du dossier et de se déterminer à leur endroit.

---

Il est vrai que, sur le plan formel, et conformément à la jurisprudence rappelée ci-dessus, le droit d'être entendu comporte notamment celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur sujet. Ainsi, avant de prendre sa décision, dans la mesure où l'assureur avait sollicité, pour la verser au dossier, une pièce relative à une IRM cérébrale pratiquée en 2006, l'assurée était en droit d'attendre de lui qu'il lui en donne spontanément connaissance et lui offre la possibilité de se déterminer, avant qu'il ne statue sur opposition. Néanmoins, il faut admettre que cette pièce, même si elle a été incidemment évoquée dans la décision sur opposition, n'était pas déterminante quant à l'issue du litige. Force est également de relever que la recourante - qui sollicite la mise en place d'une expertise, en mettant en avant le fait que celle-ci serait nécessaire, dans la mesure où les examens médicaux ayant eu lieu pendant la période de reprise de l'activité professionnelle l'avaient été à son initiative - ne saurait prétendre que la référence à l'IRM du 10 février 2006 aurait véritablement pu la surprendre, à lecture de la décision entreprise. En effet, elle ne peut avoir ignoré les rapports médicaux issus des examens auxquels il a été procédé par les médecins qu'elle a consultés de son propre chef dès le mois d'août 2014. C'est en effet dans ce contexte qu'il a notamment été procédé à l'IRM cérébrale du 29 août 2014. Cet examen avait pour but la recherche d'une lésion post-traumatique de type DAI. Il avait ainsi été procédé à un comparatif avec le précédent examen du même type pratiqué le 10 février 2006. Le rapport d'IRM le mentionne expressément. L'essentiel, dans le cas d'espèce, était donc plus la conclusion (pas d'évidence de lésion post-traumatique) en août 2014, que le résultat - lui aussi négatif - de l'IRM pratiquée en février 2006. La recourante a toutefois eu, d'autre part, la possibilité de se prononcer sur cette pièce dans le cadre du recours devant la chambre de céans, autorité judiciaire ayant plein pouvoir de cognition. Mais une fois encore, après avoir pris connaissance de la réponse et des pièces communiquées par l'intimée, elle n'a pas jugé bon de répliquer, et par conséquent de se prononcer sur ces documents. Ainsi la violation du droit d'être entendu a pu être réparée, sans préjudice pour la recourante.

Ce grief n'est dès lors pas fondé en ce qu'il a pu être réparé en instance de recours.

7. Reste à déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a fixé le *statu quo sine / ante* au 31 janvier 2015, fondé sur les renseignements médicaux au dossier.

- a) En l'espèce, le caractère accidentel de l'événement du 21 janvier 2014, au sens de l'art. art. 4 LPGA ne fait pas de doute, de sorte qu'en application de l'art.6 al. 1 LAA l'intimée a d'emblée pris en charge les prestations légales qui lui incombent. Comme rappelé ci-dessus et conformément à la jurisprudence citée, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait

pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci.

Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration, ou le juge, a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).

a) En l'espèce, tous les documents médicaux réunis au dossier émanent des médecins traitants, respectivement des médecins consultés par la recourante, de sa propre initiative ou sur demande de ses médecins traitants. Le diagnostic posé, en premier lieu par le Dr D\_\_\_\_\_, et par le Dr E\_\_\_\_\_, dans les jours qui ont suivi l'accident, est celui de traumatisme crânien, - sans perte de connaissance -; le diagnostic est donc concordant, fondé sur un examen clinique détaillé, prenant en compte l'ensemble des plaintes et symptômes énoncés par la patiente. Le Dr D\_\_\_\_\_ a d'ailleurs signalé d'emblée, dans les renseignements anamnestiques, des antécédents de traumatisme crânien, commotion cérébrale plus ou moins pseudo épilepsie non suivie, non traitée, et un traumatisme à l'épaule. Le Dr E\_\_\_\_\_, qui connaît bien la patiente, a confirmé ce diagnostic, prenant aussi en compte les plaintes et symptômes pertinents, recommandant du repos et la prise d'antalgiques. En mai 2014, face à une situation qui n'évoluait que lentement, il a constaté une lente amélioration psychique et physique, relevant toutefois que l'évolution de l'état de santé était influencée par des circonstances sans rapport avec l'accident, se référant à un rapport antérieur qu'il avait établi le 30 octobre 2013, dans le cadre d'un précédent sinistre, - maladie celui-ci -, dans le cadre duquel il avait retenu un burnout et des arthralgies multiples, le traitement ayant débuté le 15 avril 2013 et ayant pris fin, avec un bon pronostic, à fin août de la même année. Cette lente évolution, et les facteurs extérieurs évoqués par le médecin traitant, avaient incité, dans un premier temps, l'assureur-accidents à informer l'assurée de la mise en place d'une expertise pluridisciplinaire; cette décision était fonction de la nature du traumatisme et des craintes que l'on pouvait avoir, à l'époque, d'une

chronicisation des douleurs. Toutefois, cette évolution ayant normalement suivi son cours et s'étant concrétisée par une reprise progressive du travail, aboutissant à une reprise complète dès le 21 juillet 2014, il avait donc renoncé à cette expertise, qui ne se justifiait plus, dès lors. Certes, cette reprise à 100 % n'a pas eu le succès escompté, dès lors qu'après quelques semaines l'assurée a été adressée à la consultation d'otologie du Dr G\_\_\_\_\_, pour des troubles neuropsychologiques de l'audition et de la vision. Ce médecin a lui-même procédé à un examen clinique, dans la norme, et déclenché un bilan complet des fonctions neuropsychologiques, de l'audition, du système vestibulaire et de la vision. Comme cela a déjà été relevé, tous les spécialistes qui ont participé, chacun dans leur domaine, à ce bilan, n'ont relevé aucune évidence de traumatisme. Le Dr H\_\_\_\_\_ n'a posé aucun diagnostic, ni prescrit d'incapacité de travail, constatant que le status oculaire était bon. La patiente devait encore subir un examen ORL et un examen qu'il avait préconisé chez un neuro-ophtalmologue. Le Dr I\_\_\_\_\_ a retenu que l'examen clinique neurologique était normal. Il a évoqué les difficultés de la patiente, confrontée lors de sa reprise d'activité, à une surcharge de travail, confrontée à la tâche d'apprendre un nouveau logiciel, ce qui ne lui avait pas été possible, et ayant été amenée à un épuisement professionnel. Il a retenu, notamment au vu de l'anamnèse et des constatations qu'il avait pu faire, le diagnostic très probable de syndrome post-traumatique, puisque les événements survenus juste après le traumatisme crânien et les symptômes ressentis, avaient été amplifiés ou mis en lumière par une activité professionnelle trop intense à laquelle la patiente n'avait pas réussi à s'adapter. Selon lui, le pronostic était normalement excellent, mais il préconisait un repos probablement plus important qu'au moment de son examen, une reprise très progressive du travail et de la complexité des tâches et de leur acquisition. Le Dr G\_\_\_\_\_, dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2014, avait procédé à la synthèse du bilan qu'il avait supervisé, concluant que les examens complémentaires pratiqués n'avaient pas mis en évidence une grave atteinte du système vestibulaire ou du cerveau. L'examen neuropsychologique réalisé avait mis en évidence de légères difficultés en double tâche. Le neurologue, vu entre-temps, avait posé le diagnostic de syndrome post-traumatique avec pour seule thérapie un arrêt de travail pendant un temps assez prolongé et une reprise de l'activité ciblée. Le Dr G\_\_\_\_\_ n'avait en définitive aucune thérapie à proposer, si ce n'est un repos prolongé. Après discussion avec la patiente, son arrêt de travail allait donc être prolongé avec une reprise d'activité, sous l'égide du médecin de famille et du neurologue. Dans son rapport intermédiaire du 15 décembre 2014 il a indiqué que le dossier était clôturé en O.R.L.

Il résulte ainsi de ce qui précède que les documents médicaux sur la base desquels l'intimée est arrivée à la conclusion que l'on se trouve en présence de symptômes cliniques sans substrat organique sont convaincants, dûment motivés, et concordants. Il doit leur être reconnu une pleine valeur probante.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a considéré, se fondant d'ailleurs sur la jurisprudence (ATF 135 V 465 consid. 5.1) que, dans le cas d'espèce, l'absence de substrat organique permet de laisser ouverte la question de la causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate devant de toute manière être niée, en l'occurrence, même s'il fallait admettre la persistance d'un lien de causalité naturelle.

b) C'est d'ailleurs ici le lieu de relever que le grief soulevé par la recourante, qui reproche à l'intimée de ne pas avoir mis en œuvre une expertise, qu'elle sollicite encore dans le cadre du présent recours, n'est pas davantage fondé. Comme on vient de le voir, les éléments médicaux recueillis doivent se voir reconnaître une pleine valeur probante. Et s'il est vrai que dans un premier temps, l'intimée avait songé à mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire, dans la mesure où, au vu du rapport intermédiaire du Dr E\_\_\_\_\_ du 12 mai 2014, il existait des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs, la nécessité d'une telle expertise n'était plus pertinente, peu de temps après que son principe a été décidé, dès lors que la recourante avait retrouvé sa pleine capacité de travail et repris son activité. Pour le surplus, et comme l'intimée l'a relevé à juste titre, les renseignements médicaux très complets recueillis ultérieurement, dans le cadre du bilan complet des fonctions neuropsychologiques, de l'audition, du système vestibulaire et de la vision, supervisé par le Dr G\_\_\_\_\_ qui avait décidé d'y procéder, - en plus des examens qu'il avait effectués lui-même -, ont apporté toutes les réponses médicales dont l'assureur-accident ne disposait pas au moment où il avait envisagé l'expertise.

Ce grief sera donc également rejeté, la chambre de céans considérant également qu'une telle mesure d'instruction complémentaire ne serait d'aucune utilité.

c) Quant au lien de causalité adéquate, conformément à la jurisprudence rappelée précédemment, en l'absence de substrat organique dans le contexte de traumatisme du type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, seules comptent les circonstances objectives de l'accident. Dans ce contexte. Il y a d'abord lieu d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Dans le cas d'espèce, l'accident du 21 janvier 2014 doit manifestement être classifié tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité,, à l'instar des exemples tirés de la casuistique rappelée précédemment ainsi que ceux énoncés dans la décision entreprise : assuré ayant fait une chute en arrière et porter

---

la tête contre la glace alors qu'elle patinait (arrêt du 8C\_878/2012 du 4 septembre 2013, consid. 4.2.2) ; assuré ayant fait une chute sur la tête en snowboard (arrêt 8C\_817/2007 du 11 décembre 2008, consid. 6.1) ; assuré ayant fait une chute dans les escaliers, tête la première (arrêt 8C\_798/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1).

Tous les critères retenus par la jurisprudence - et qui doivent être appréciés de manière objective, et non pas seulement comme l'assuré a pu subjectivement les ressentir - (les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions; l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; l'intensité des douleurs ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré) doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis, lorsqu'on est en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité. Force est de constater qu'aucun de ces critères n'est réalisé dans le cas d'espèce, comme l'a d'ailleurs démontré l'intimée dans la décision entreprise :

- une chute de sa propre hauteur, même si elle était provoquée par la collision avec une tierce personne ne saurait répondre aux critères des circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- les traitements médicaux préconisés ont été très simples (prescription de repos, de médicaments antalgiques, voire de physiothérapie). On n'a noté aucune erreur ni de complications en cours de traitement ; a fortiori le critère du traitement spécifique et pénible sur une longue durée, n'entre pas en ligne de compte dans le cas présent ;
- le diagnostic de traumatisme crânien, sans lésions organiques au cerveau, ne permet pas d'admettre la réalisation du critère de la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- le critère de l'intensité des douleurs persistantes n'est pas davantage réalisé, malgré la présence de troubles résiduels chez l'opposante. Ce critère implique en effet que les douleurs provoquent de profonds changements dans la vie quotidienne de la personne assurée et qu'elles aient sur sa qualité de vie des répercussions importantes excédant l'effort d'adaptation exigible ;
- enfin s'agissant de l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assurée, l'incapacité totale de travail, dès l'accident, n'a duré que trois semaines et demie, la recourante ayant pu dès ce moment-là augmenter progressivement sa capacité de travail sur une période de moins de six mois, pour ensuite travailler à nouveau pendant près de cinq mois. La nouvelle incapacité de travail, à partir du 15 décembre 2014, est intervenue

alors que le cas devait être considéré comme médicalement stabilisé au sens de la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 4.1).

Il résulte donc de ce qui précède que l'existence d'un lien de causalité adéquate doit être niée dans le cas d'espèce.

8. En tout point mal fondé, le recours doit être rejeté.
9. Pour le surplus la procédure est gratuite (art. 61 lettre a LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le