

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2077/2018

ATAS/408/2019

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 mai 2019

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à ANNEMASSE, FRANCE

recourante

contre

VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA,
sise Place de Milan, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Claudiane CORTHAY et Michael BIOT, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1973, a été engagée à 50% en qualité de serveuse par la société B_____ Sàrl (ci-après : l'employeur) pour une durée déterminée, du 1^{er} avril au 30 septembre 2016. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la VAUDOISE GENERALE COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assurance).
2. Le 15 avril 2016, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique, en France.

Dans la nuit du 15 au 16 avril 2016, elle s'est rendue à l'accueil des urgences du CENTRE HOSPITALIER ALPES LEMAN (ci-après : CHAL). Le bilan radiographique a révélé, au niveau du coude droit, une fracture de l'apophyse coronoïde, un épanchement articulaire et un aspect relativement bombé de la corticale osseuse. Aux niveaux lombaire et cervical, une hyperlordose, une discopathie et une discarthrose en C5-C6 ont été constatés (cf. rapport du docteur C_____, médecin au CHAL, du 16 avril 2016).

Le traitement a consisté en une immobilisation par plâtre durant trois semaines, puis en des séances de rééducation sous forme de kinésithérapie (cf. rapports du docteur D_____, médecin au CHAL, du 12 mai 2016, et du docteur E_____, spécialiste en médecine générale à Ville-La-Grand [France], du 6 juillet 2016).

Une incapacité totale de travail a été initialement attestée pour une durée de 45 jours, soit du 26 mai au 31 mai 2016 (cf. rapports des doctoresses F_____ et G_____, médecins au CHAL, du 28 septembre 2016, respectivement du 16 avril 2016). Par la suite, l'arrêt de travail a été régulièrement prolongé (cf. rapport du Dr C_____ du 16 avril 2016, attestation du Dr D_____ du 12 mai 2016, arrêt du Dr E_____ du 13 juin 2016, attestations du docteur H_____, généraliste à Annemasse [France], des 27 juin, 1^{er} octobre et 29 novembre 2016, 2 janvier, 1^{er} février et 27 mars 2017).

3. Le 16 juin 2016, l'employeur a annoncé le sinistre à l'assurance.
4. Le 27 juin 2016, l'assurée a rempli le questionnaire de l'assurance relatif à l'événement accidentel. Elle a précisé avoir été percutée par une voiture sur un passage pour piétons, en France, le 15 avril 2016, vers 18h., alors qu'elle rentrait du travail. Elle n'avait rien senti sur le coup et avait ressenti des douleurs pour la première fois dans la nuit du 15 au 16 avril 2016. Des pompiers étaient venus la chercher, car elle avait perdu connaissance.
5. Dans un rapport du 6 juillet 2016, le Dr E_____ a indiqué à l'assurance que le traitement serait probablement terminé dans huit semaines.

6. Dans un rapport du 16 juillet 2016, un médecin du CHAL a retenu le diagnostic de fracture non déplacée de la tête radiale et du processus coronoïde du coude droit, et mentionné que la durée probable du traitement était de huit semaines.
7. Le 26 juillet 2016, l'assurée a transmis à l'assurance copie de son courrier daté du « 5 avril 2016 », par lequel elle avait déposé plainte contre inconnu auprès du Procureur de la République de Thonon-les-Bains (France), indiquant avoir été percutée alors qu'elle franchissait un passage pour piétons le 15 avril 2016. Dans la soirée, elle avait ressenti une énorme douleur au bras droit, avait dû être prise en charge par les pompiers et conduite à l'hôpital. Le 18 avril 2016, elle s'était rendue dans un commissariat d'Annemasse où les gendarmes avaient refusé d'enregistrer sa plainte. Elle se permettait d'insister, car elle était dans un état dépressif et vraiment désespérée.
8. À partir du 27 juillet 2016, le docteur I_____, psychiatre à Annemasse, a prescrit un arrêt de travail, qu'il a par la suite régulièrement reconduit (cf. certificats des 27 juillet, 29 août, 30 septembre, 24 novembre et 21 décembre 2016, 31 janvier, 24 février, 28 mars, 24 avril, 16 mai, 13 juin, 7 et 28 juillet, 23 août, 20 septembre, 17 octobre et 15 novembre 2017, 10 janvier, 8 février et 4 avril 2018).
9. Dans un rapport du 30 août 2016, le Dr I_____ a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique avec déficit de l'humeur. Il a également mentionné un état anxieux, des insomnies et une humeur dépressive. L'incapacité de travail était totale depuis le 16 avril 2016, pour une durée indéterminée.
10. Le 31 août 2016, le Dr H_____ a diagnostiqué des douleurs du coude droit, ainsi que des insomnies et une anxiété post-traumatiques. L'évolution était marquée par un blocage de l'élévation du bras droit et le traitement durerait encore plusieurs semaines.
11. Le 19 septembre 2016, l'assurée a été entendue au Commissariat de police d'Annemasse. Elle a notamment déclaré avoir été percutée par un véhicule du genre camionnette alors qu'elle traversait au feu vert, sans chuter; son coude avait heurté le capot du véhicule; le conducteur ne s'était pas arrêté; elle avait eu très peur, pensant qu'elle allait mourir; un passant lui avait demandé si ça allait et elle lui avait répondu qu'elle avait juste un peu mal au bras; elle était rentrée à pied chez elle, ce qui lui avait pris entre dix et quinze minutes; elle avait pris des Doliprane et perdu connaissance à cause de la douleur, sans tomber car elle se trouvait dans un fauteuil; son neveu et son fils présents avaient appelé les pompiers. Elle s'était rendue au commissariat le 18 avril 2016 pour déposer plainte, mais avait été adressée à la Mairie pour visionner les images de vidéosurveillance du passage pour piétons; là, on lui avait dit qu'il fallait une plainte et que c'était à la police de solliciter un tel visionnage. Elle était retournée au commissariat, mais on lui avait à nouveau dit qu'on ne pouvait rien pour elle. Elle s'était alors rendue à la

gendarmerie d'Annemasse, où on lui avait conseillé d'écrire au Procureur, ce qu'elle avait fait.

12. Dans son rapport du 29 septembre 2016, le docteur Q_____, médecin à Annemasse, a observé, suite à une échographie du coude droit, un aspect parlant en faveur d'une épicondylite.
13. Le 9 décembre 2016, l'assurance a accepté la prise en charge du cas et a notamment versé des indemnités journalières.
14. Dans un rapport du 14 décembre 2016, le docteur J_____, rhumatologue à Annemasse, a relevé des signes cliniques d'épicondylite du coude droit et suggéré une infiltration locale de corticoïdes.
15. En date du 8 février 2017, le Dr H_____ a suggéré à l'assurance que sa patiente soit examinée par un expert de la compagnie, compte tenu de la chronicité et de l'absence d'amélioration malgré une infiltration.
16. Dans des rapports rédigés le 7 juillet 2017, le Dr I_____ a indiqué à l'assurance que les pathologies orthopédiques s'aggravaient avec une algie permanente, une limitation des amplitudes des articulations de l'épaule droite et du coude droit. Sur le plan psychiatrique, l'état était stationnaire. Le traitement en cours comprenait des entretiens psychiatriques tous les mois et la prise de Paroxetine et de Bromazepam tous les jours. Les limitations fonctionnelles consistaient en une grande fatigabilité, une baisse de la concentration et de la mémoire, une incapacité motrice du membre supérieur droit et une baisse de l'adaptabilité et une humeur dépressive. En l'état, une reprise d'activité n'était pas envisageable et l'incapacité de travail demeurait entière. Depuis le départ à la retraite du Dr H_____, l'assurée n'avait plus de médecin traitant, ce qui compliquait la prise en charge de ses problèmes somatiques.
17. Le 23 août 2017, l'assurance a informé l'assurée de son intention de confier une expertise au docteur K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et lui a octroyé un délai pour formuler d'éventuelles objections à l'encontre de l'expert, ainsi que des questions complémentaires à la liste annexée.
18. En date du 26 août 2017, le docteur L_____, médecin à Annemasse, a conclu, suite à des radiographies du coude droit, à un aspect radiologique normal des structures osseuses des interlignes articulaires et à l'absence d'élément en faveur d'un épanchement intra-articulaire.
19. Le 27 septembre 2017, le docteur M_____, médecin au pôle de chirurgie du CHAL, a indiqué avoir été consulté par l'assurée pour un avis spécialisé. L'intéressée demeurait endolorie et avait fait en parallèle un gros syndrome dépressif. À l'examen clinique, elle ne mobilisait quasiment pas son membre supérieur en raison d'une vive douleur qui irradiait du rachis cervical jusque dans la main. En mobilisant doucement son membre supérieur, elle avait une prosupination complète, une flexion complète du coude et un déficit d'extension d'une vingtaine

de degrés. Elle décrivait des douleurs à type de brûlure qui évoquaient plutôt des douleurs neuropathiques. Il n'y avait pas d'indication à réaliser un geste au niveau du coude. Toutefois, avant de se prononcer définitivement, il avait demandé un scanner afin de vérifier que les fractures étaient bien consolidées, la radiographie à disposition n'étant pas de très bonne qualité.

20. Le 29 septembre 2017, l'assurance a informé l'assurée qu'elle avait suspendu le versement de ses prestations depuis le 16 février 2017 car le rapport de causalité n'était pas établi. L'expertise mise en œuvre avait pour but de comprendre les raisons de la durée de l'incapacité de travail.
21. Le 19 octobre 2017, l'assurée a subi une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cervicale compte tenu de cervicalgies droites. Dans son rapport y relatif du 23 octobre 2017, le docteur N_____, radiologue FMH, a fait état d'une protrusion discale C6-C7, ainsi que d'une discopathie C5-C6 avec amincissement de l'espace inter-somatique et petite protrusion discale.
22. Le jour même, une IRM du coude droit a été réalisée par le docteur O_____, radiologue FMH, lequel a conclu, dans son rapport du 20 octobre 2017, à un antécédent de fracture non déplacée de l'apophyse coronoïde, sans autre anomalie de signal intra-osseux. Les rapports articulaires étaient conservés et il n'y avait pas d'épanchement intra-articulaire. Les tendons et les nerfs examinés étaient dans la norme.
23. Dans son rapport d'expertise du 20 novembre 2017, le Dr K_____ a diagnostiqué des douleurs chroniques du coude droit après une fracture non déplacée de la tête radiale et de l'apophyse coronoïde. Lors de son examen du 2 novembre 2017, l'assurée se plaignait de douleurs constantes, insomniantes à 7/10. Le score de SANE était estimé à 50% (l'évaluation subjective par la patiente de l'état de son coude, exprimée par un pourcentage de la norme -100% étant normal-). Elle décrivait également des fourmillements dans toute la main droite, sans territoire précis. L'expert a relevé que l'assurée était connue pour une dépression qu'elle associait avec son accident, et une ablation d'un fibrome utérin en juin 2017. Son état général était diminué et elle démontrait un comportement douloureux et autolimitant avec des réactions pathologiques lors de la plupart de l'examen clinique, avec une diminution globale de la force. Elle épargnait complètement son membre supérieur droit. À l'examen de l'épaule droite et du coude droit, la palpation déclenchait des douleurs sans point anatomique précis et les amplitudes étaient restreintes avec des arrêts douloureux et non durs. L'examen neurologique montrait une sensibilité diminuée de toute la main droite mais sans territoire précis, une diminution de la force globale et des réflexes qui n'étaient pas testables au vu du comportement douloureux. Une réaction douloureuse était relevée lors de l'examen cervical. Il était évident que les troubles subjectifs allaient au-delà des constatations objectives et des constatations radiologiques. Les plaintes émises par l'assurée étaient en lien avec l'accident du 16 avril 2016 (recte : 15 avril 2016) au vu de la fracture, même s'il existait d'autres facteurs qui accentuaient les plaintes.

Le traitement médicamenteux comprenait la prise quotidienne de Bromazépam, de Lyrica et de Paroxetine. En outre, l'assurée bénéficiait d'un traitement psychothérapeutique. Ces traitements pourraient permettre d'améliorer la situation contextuelle qui faisait que ses troubles ostéo-articulaires étaient accentués. Du point de vue orthopédique, l'état était stabilisé et il n'y avait aucune limitation fonctionnelle. La capacité de travail était entière dans l'activité habituelle de serveuse de bar et aucune atteinte à l'intégrité physique n'était retenue en lien avec l'accident.

24. Par décision du 19 décembre 2017, l'assurance a indiqué à l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations au 2 novembre 2017, compte tenu de la capacité de travail complète constatée par l'expert d'un point de vue orthopédique à cette date. Pour le surplus, elle a décliné toute responsabilité s'agissant des troubles psychiques.
25. En date du 2 janvier 2018, l'assurée s'est opposée à cette décision en reprochant au Dr K_____ de ne pas avoir pris en compte les douleurs qui ne lui permettaient plus de vivre normalement et les désagréments d'ordre professionnel et privé. Elle requérait la mise en œuvre d'une contre-expertise.
26. En date du 22 mars 2018, la doctoresse P_____, médecin à Marseille, a certifié que l'état de santé de l'assurée ne lui permettrait pas d'exercer une activité professionnelle durant six mois. Elle a préconisé un bilan échographique et radiographique du coude et de l'épaule droits. Elle a également prescrit à l'assurée un traitement antidouleur, un traitement cutané et des comprimés en cas de douleurs d'estomac, de nausées ou de vomissements.
27. Par décision du 28 mai 2018, l'assurance a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 19 décembre 2017.

S'agissant des troubles somatiques, elle s'est référée aux conclusions du Dr K_____.

Concernant les troubles psychiques, elle a considéré que l'accident était à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne, étant rappelé que l'intéressée avait été percutée par le capot d'un véhicule, qu'elle n'était pas tombée et qu'elle avait pu regagner seule son domicile après l'accident. Ce dernier ne revêtait pas un caractère particulièrement impressionnant et les circonstances concomitantes n'étaient pas particulièrement dramatiques, puisque l'assurée n'avait pas jugé utile d'appeler les secours ou la police, ni de consulter un médecin. Le critère relatif à la gravité ou à la nature particulière des lésions n'était pas réalisé non plus, la fracture de l'apophyse coronoïde du cubitus droit n'ayant nécessité qu'un traitement conservateur. Aucune intervention n'avait été nécessaire et le traitement avait consisté pour l'essentiel en des séances de masso-kinésithérapie, en quelques consultations et en la prise de paracétamol, de sorte qu'il n'avait pas été particulièrement lourd ou pénible. L'assurée souffrait de douleurs persistantes, mais ces dernières étaient accentuées par d'autres facteurs, notamment psychologiques. Il n'y avait eu ni erreur de traitement, ni difficultés ou complications importantes au

cours de la guérison. Enfin, une incapacité de travail en lien avec les troubles psychiques était attestée dès le 27 juin 2016 et l'expert avait retenu que les troubles actuels étaient majorés par le contexte psychologique, de sorte que le critère relatif à la durée de l'incapacité de travail n'était pas non plus rempli. En définitive, aucun des critères n'était réalisé, de sorte le lien de causalité entre les troubles psychiques et l'événement accident devait être nié.

28. Par courrier du 11 juin 2018, adressé à l'assurance et transmis par cette dernière à la Cour de céans comme objet de sa compétence, l'assurée a contesté cette décision, arguant que les séquelles de l'accident du 15 avril 2016 l'empêchaient d'exercer une quelconque activité professionnelle.
29. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 10 juillet 2018, a conclu au rejet du recours.
30. Le 12 juillet 2018, la Cour de céans a accordé un délai à la recourante pour consulter les pièces du dossier, se déterminer si besoin et produire toutes pièces utiles.
31. Sans nouvelles de la part de la recourante, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

En vertu de l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse. En l'espèce, la recourante, domiciliée en France, a travaillé en dernier lieu pour un employeur situé à Genève.

La compétence de la Cour de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le 1^{er} janvier 2017 est entrée en vigueur la modification du 25 septembre 2015 de la LAA. Dans la mesure où l'accident est survenu avant cette date, le droit de la recourante aux prestations d'assurance est soumis à l'ancien droit (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 2.2). Les dispositions légales seront citées ci-après dans leur teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016.
4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). L'art. 39 al. 2 LPGA prévoit que lorsqu'une partie s'adresse en temps utile à un assureur incompétent, le délai est réputé observé.

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le droit de la recourante à des indemnités journalières au-delà du 2 novembre 2017.
6. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputée accident 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.

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).

7. a. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

b. Une fois que le lien de causalité naturelle a été établi au degré de la vraisemblance prépondérante, l'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (plus) 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; ATF 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

8. a. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. 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 129 V 177 consid. 3.2 et 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 revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; ATF 117 V 369 consid. 4b ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5).

b. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les 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. 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 140 V 356 consid. 5.3 ; ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestation pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

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 entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet,

à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

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 juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique.

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- 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.

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 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

c. Le Tribunal fédéral a rangé à la limite supérieure des accidents de gravité moyenne l'accident subi par une assurée, fauchée sur un passage piétons par une voiture qui n'avait pratiquement pas freiné et qui l'avait projetée en l'air à près de quinze mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 214/04 du 15 mars 2005).

Il a en revanche qualifié d'accident de gravité moyenne stricto sensu un sinistre au cours duquel une assurée avait été renversée par une moto alors qu'elle traversait un passage pour piétons. Il a notamment relevé, en l'absence de blessure et de dégâts au véhicule, que la chute du motocycliste n'avait pu survenir qu'à une vitesse réduite. L'intéressée avait subi un polytraumatisme sous la forme d'un traumatisme cranio-cérébral, de multiples fractures, une surdité mixte de l'oreille droite ainsi qu'une plaie de la cuisse droite, puis avait ultérieurement développé une anxiété qui avait donné lieu à un traitement médicamenteux puis, par la suite, à un suivi psychiatrique régulier (arrêt du Tribunal fédéral 8C_567/2017 du 12 mars 2018).

9. 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). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

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 LPGA), 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.   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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

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. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_751/2010 du 20 juin 2011 consid. 2.2).

10. 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).

Conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral, il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être, consciemment ou non, le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a ; ATF 115 V 143 consid. 8c).

11. La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières 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). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3).

12. Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 – Cst ; SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 90 consid. 4b ; ATF 122 V 157 consid. 1d).

13. En l'espèce, par décision du 19 décembre 2017, confirmée sur opposition le 28 mai 2018, l'intimée a mis fin au versement des indemnités journalières le 2 novembre 2017, date à compter de laquelle elle a considéré, sur la base des conclusions du rapport d'expertise du Dr K_____ du 20 novembre 2017, que la recourante avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle du point de vue orthopédique, étant précisé que les troubles psychiques, pour leur part, n'étaient pas en rapport de causalité adéquate avec le sinistre assuré.

a. La chambre de céans constate que le Dr K_____ a établi son rapport d'expertise en pleine connaissance du dossier, après avoir résumé l'anamnèse, pris en considération les plaintes de la recourante et procédé à des examens complets. Ses conclusions, lesquelles résultent d'une analyse approfondie, sont motivées et convaincantes.

b. Les autres documents produits dans le cadre de la présente procédure ne comportent pas le moindre indice concret permettant de douter du bien-fondé de l'appréciation de l'expert.

Du point de vue somatique, seule la Dresse P_____ s'est prononcée sur la capacité de travail de la recourante après le 2 novembre 2017. Dans son certificat du 22 mars 2018, ce médecin a attesté d'une totale incapacité de travail pour une durée de six mois. Elle n'a toutefois livré aucune justification quant à cet arrêt de travail, ni fait état d'élément objectivement vérifiable qui aurait été omis par le Dr K_____. Dénuée de toute explication, une telle attestation n'est pas de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert.

En outre, il sera rappelé que les médecins du CHAL ont dans un premier temps estimé la durée de l'incapacité de travail à 45 jours (cf. rapports des Dresses G_____ et F_____ des 16 avril et 28 septembre 2016). Ladite incapacité a été prolongée au-delà du 31 mai 2016 par les deux généralistes qui ont suivi la recourante, lesquels ont signé des arrêts de travail, dépourvus de toute constatation objective et de toute argumentation (cf. arrêts de travail des Drs E_____ et H_____). De surcroît, il sera encore relevé que les radiographies du coude droit réalisées le 26 août 2017 n'ont pas mis en exergue d'anomalie des structures osseuses ni d'épanchement, et que l'IRM du 19 octobre 2017 s'est également révélée dans la norme. Enfin, l'examen clinique du Dr M_____ est comparable à celui de l'expert puisqu'il a mentionné, dans son rapport du 27 septembre 2017, que la recourante ne mobilisait quasiment pas son membre supérieur droit et faisait état

de vives douleurs. Toutefois, en mobilisant doucement son bras, elle avait une prosupination complète, une flexion complète et un déficit d'extension d'une vingtaine de degrés.

c. Partant, aucun élément ne permet de remettre en cause les conclusions de l'expert, lequel a clairement expliqué que les troubles subjectifs allaient au-delà des constatations objectives et des constatations radiologiques, et qu'il existait d'autres facteurs qui accentuaient les plaintes au niveau ostéo-articulaire.

L'intimée était donc fondée à retenir, sur la base du rapport d'expertise du 20 novembre 2017, que les atteintes au niveau du coude droit n'entraînaient plus d'incapacité de travail depuis le 2 novembre 2017, date de l'examen de la recourante par le Dr K_____.

14. a. Reste à examiner si c'est à juste titre que l'intimée a nié tout rapport de causalité adéquate entre l'accident du 15 avril 2016 et les troubles psychiques attestés par le Dr I_____.

b. L'accident décrit par la recourante doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, la recourante a été heurtée par le capot d'un véhicule au niveau du coude. Selon ses premières déclarations à l'intimée, elle n'a rien senti au moment du choc et les douleurs se sont manifestées dans la nuit du 15 au 16 avril 2016 seulement (cf. questionnaire du 27 juin 2016). Ces explications sont conformes à celles qui ressortent de sa plainte pénale (cf. courrier reçu par l'intimée au mois de juillet 2016). Ce n'est que le 19 septembre 2016, lors de son audition par la police, que la recourante a déclaré qu'elle s'était plainte à un passant d'avoir « un peu mal » au bras sur les lieux de l'accident. Cela étant, même en retenant l'apparition de douleurs immédiates, il est rappelé que l'intéressée n'est pas tombée, ce qui donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident.

S'agissant des critères développés par la jurisprudence, celui relatif aux circonstances particulièrement dramatiques ou au caractère impressionnant de l'accident n'est manifestement pas réalisé. En effet, la recourante a été heurtée au niveau du coude, seule partie blessée de son corps. Elle n'a pas chuté et a pu regagner normalement son domicile, seule, en marchant entre dix et quinze minutes, sans même s'apercevoir qu'elle avait été blessée. Les lésions subies, soit une fracture non déplacée de l'apophyse coronoïde du coude et un épanchement articulaire, ne sont de toute évidence pas de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. Ces atteintes n'ont pas nécessité d'intervention chirurgicale, seul un traitement par immobilisation durant trois semaines, puis de la rééducation sous forme de kinésithérapie pendant quelques semaines, ont été nécessaires. Aucune complication lors de la guérison ni aucune erreur médicale n'est à déplorer. S'agissant des douleurs physiques persistantes, il appert que l'évolution de la symptomatologie a été rapidement influencée par l'existence de troubles d'origine psychogène, dont la recourante a fait part au mois d'avril 2016

déjà (cf. courrier adressé au Procureur) et qui ont été attestés par le Dr I_____ dès le 27 juillet 2016. Ces troubles ont nécessité un traitement médicamenteux et un suivi psychiatrique régulier, de sorte que l'on ne saurait admettre que le critère des douleurs physiques persistantes est réalisé, ce d'autant plus que l'expert a conclu que les plaintes au niveau ostéo-articulaire étaient intensifiées par d'autres facteurs.

c. Au vu de ces éléments, le lien de causalité adéquate entre l'accident du 15 avril 2016 et les troubles psychiques doit être nié.

Partant, la décision du 19 décembre 2017 et la décision sur opposition du 28 mai 2018 ne sont pas critiquables. Le recours est rejeté.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. 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

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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