

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2509/2007

ATAS/1079/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 août 2012

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame M_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Patricia MICHELLOD

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, Rechtsabteilung, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Didier ELSIG

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Violaine LANDRY-ORSAT et Claudiane CORTHAY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : l'assurée), née en 1964, a travaillé à compter du 1^{er} septembre 1991 en tant que professeur de biologie, à raison de 10 heures par semaine.
2. Le 27 septembre 2002, elle a été victime d'un accident de la circulation sur le chemin du travail. Alors qu'elle traversait à vélo un passage pour piétons dont le feu était au vert pour ces derniers, l'assurée a été renversée par un scooter qui n'avait pas respecté la signalisation lumineuse ; elle a perdu connaissance jusqu'à son arrivée à l'hôpital.
3. Elle a séjourné au service de neurochirurgie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 27 au 30 septembre 2002. Dans le résumé d'observation du 3 octobre 2002, le Dr A_____ a mentionné, à l'entrée, une agitation extrême et des plaintes relatives à des cervicalgies ainsi que des céphalées. Un scanner cérébral et cervical effectué le 27 septembre 2002 s'était révélé normal. Notamment, la topographie et la morphologie du système ventriculaire étaient décrites comme normales. Un examen neuro-psychologique pratiqué le 30 septembre 2002 avait révélé des difficultés d'inhibition de stimuli non pertinents, ce qui pouvait parler en faveur d'un discret dysfonctionnement frontal.
4. Lors d'un nouvel examen neuropsychologique, le 7 octobre 2002, l'assurée s'est plainte de douleurs au niveau de la nuque et du dos. La neuropsychologue B_____, de l'unité de neuropsychologie des HUG, a constaté une normalisation des capacités d'inhibition et la persistance de difficultés attentionnelles, sous forme d'un ralentissement modéré et d'une difficulté dans une épreuve complexe en double tâche. Ces difficultés étaient compatibles avec une souffrance post-traumatique.
5. Un nouvel examen neuropsychologique pratiqué le 2 décembre 2002 a mis en évidence une amélioration des performances dans les tâches attentionnelles et la persistance de difficultés dans les épreuves évaluant la mémoire de travail (épreuves en double tâche). La sensibilité accrue au stress dont se plaignait l'assurée, avec des répercussions sur sa vie quotidienne (évitement de certaines situations anxiogènes), faisait suspecter une éventuelle souffrance thymique.
6. Le 6 janvier 2003, l'assurée a repris le travail à raison de cinq à six heures le jeudi matin.
7. A un inspecteur de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après la SUVA), l'assurée s'est plainte notamment de difficultés de concentration (« absences », oublis, mémoire à court terme défaillante, etc.), de fatigue après une demi-journée

d'enseignement, de nervosité et d'une certaine angoisse lorsqu'elle se retrouvait sur la voie publique dans le trafic.

8. Dans un rapport du 10 mars 2003, le Dr C_____, neurologue, a diagnostiqué une commotion cérébrale avec signes frontaux partiellement régressifs et une distorsion cervicale. Il a attesté une incapacité de travail totale jusqu'au 6 janvier 2003 et de 50 % dès cette date.
9. Un nouvel examen neuropsychologique pratiqué le 5 mai 2003 a montré, dans l'ensemble des épreuves attentionnelles effectuées, des résultats désormais dans les normes. La patiente mentionnait la disparition des comportements d'évitement. Cependant, des signes d'anxiété persistaient et l'assurée disait rencontrer encore des difficultés face à des situations professionnelles délicates. Le neuropsychologue a préconisé une évaluation et un éventuel soutien par un spécialiste.
10. Le 21 novembre 2003, dans le cadre de son audition par un inspecteur de la SUVA, l'assurée a indiqué avoir souffert d'une dépression importante durant l'été 2003 ; selon elle, la situation s'était nettement améliorée.
11. Interrogé par la SUVA, le Dr D_____, psychiatre et psychothérapeute de l'assurée, l'a décrite en octobre 2003 comme anxieuse, tendue, avec sentiment de dévalorisation et de culpabilité. Il a diagnostiqué une affection neuropsychiatrique ne provoquant pas d'incapacité de travail.
12. A compter du 5 janvier 2004, l'assurée a repris le travail à son taux habituel.
13. Dans un rapport du 2 février 2004, le Dr C_____ a indiqué que l'évolution était favorable, que le traitement était terminé et il a confirmé que sa patiente avait recouvré une capacité de travail à 100% depuis le 5 janvier 2004.
14. Le 18 mars 2004, l'assurée a demandé à la SUVA, au vu de la stabilisation de son état de santé, de statuer sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
15. Lors de l'examen final du 12 mai 2004, elle a mentionné la persistance d'une fatigabilité et de troubles de la mémoire ainsi que d'absences et d'irritabilité. Selon le Dr E_____, chirurgien-orthopédiste et médecin d'arrondissement de la SUVA, les troubles neuropsychologiques persistants compatibles avec une capacité de travail étaient en rapport avec les conséquences de l'accident. La situation était stabilisée.
16. Le 15 octobre 2004, l'assurée a informé la SUVA qu'elle avait dû consulter à nouveau le Dr C_____ en raison d'une augmentation de la fatigue.
17. Par courrier du 16 octobre 2004, elle a également expliqué avoir dû augmenter légèrement son temps de travail à la rentrée (13 à 15 heures par semaine) suite à la diminution importante du revenu de son mari.

18. Le Dr C_____ a attesté une nouvelle incapacité de travail dès le 8 novembre 2004 qu'il a évaluée à 43 % (certificat médical du 9 novembre 2004), à 40 % (questionnaire du 5 janvier 2005) et à 65 % (certificat médical du 20 décembre 2004).
19. Le 20 décembre 2004, N_____, neuropsychologue et neurologue, a indiqué que l'examen neuropsychologique mettait en évidence un status cognitif stable, bien récupéré. Les plaintes semblaient se comprendre désormais comme la persistance d'une symptomatologie anxieuse chez une patiente qui avait jusqu'alors toujours valorisé le fait de pouvoir mener de très nombreuses activités de front, ce qui ne lui était plus possible vu ses troubles attentionnels et sa fatigabilité.
20. Dans un rapport du 21 décembre 2004, le Dr C_____ a fait état, en particulier, d'une grande fatigabilité se traduisant par des troubles de l'attention, de la mémorisation, de synthèse lors de tâches spécifiques ou de certaines fonctions complexes liées à l'activité professionnelle de sa patiente. Celle-ci souffrait également d'autres troubles psychiques révélés dans le contexte privé avec une discrète altération de sa personnalité (humeur, tolérance, disponibilité ainsi que troubles de l'élan ou de l'affect). Selon le médecin, au regard de l'expérience acquise lors des douze derniers mois, on pouvait considérer que l'assurée souffrait de séquelles probablement définitives du traumatisme subi en septembre 2002. La poursuite d'une activité à raison de 10-12 heures par semaine était impossible ; la diminution de la capacité de travail pouvait être évaluée à 60 % puisque l'assurée ne pouvait désormais assumer que huit heures d'enseignement sur 24. L'atteinte à l'intégrité s'élevait à 20 % selon les tables pour les complications psychiques de lésions cérébrales.
21. Le 6 janvier 2005, l'employeur de l'assurée a adressé à la SUVA une déclaration d'accident faisant état d'une rechute à partir du 8 novembre 2004 et d'un horaire de travail de 10 heures par semaine.
22. Dans une notice téléphonique du 1^{er} juin 2005, le gestionnaire de la SUVA a précisé que l'assurée assumait un horaire de huit heures par semaine depuis le 15 novembre 2004 - au lieu des 12 heures adoptées depuis la rentrée, en août 2004. Il en a tiré la conclusion que l'incapacité de travail était donc de 33.33 % et non de 65 %, comme le mentionnait le Dr C_____ en se basant, semblait-il, sur un horaire de 24 heures d'enseignement.
23. Sur demande de la SUVA, l'assurée s'est soumise, le 18 juillet 2005, à une IRM cérébrale avec étude ciblée des qualités orbitaires qui a révélé, à l'étage sustentoriel, un système ventriculaire de situation anatomique normale mais très légèrement dilaté dans son ensemble. En conclusion, il existait une légère atrophie cortico-sous-corticale bilatérale sus-tentorielle.
24. Dans un rapport du 25 juillet 2005, le Dr F_____, membre de la division de médecine des assurances de la SUVA et spécialiste en neurologie, a relevé que si les symptômes neuropsychologiques mentionnés dans le rapport du Dr

C_____ du 21 décembre 2004 étaient l'expression d'une lésion cérébrale traumatique, on aurait dû observer dans les semaines qui avaient suivi l'accident une diminution assez importante des capacités neuropsychologiques. Or, tel n'avait pas été le cas. le Dr F_____ a considéré que l'atrophie cérébrale observée sur l'IRM n'était pas spécifique et correspondait vraisemblablement à une anomalie du développement cérébral ne permettant pas d'expliquer les troubles cognitifs dont se plaignait l'assurée. D'un point de vue neurologique, il n'était selon lui pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante que le traumatisme cranio-cérébral était à l'origine de la diminution des capacités cognitives, bien que la gravité moyenne à sévère de la commotion cérébrale ne fût pas contestée.

25. Par décision du 4 août 2005, la SUVA a nié à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et a refusé d'indemniser l'incapacité de gain subie au-delà du mois d'octobre 2004.
26. Le 23 août 2005, l'assurée s'est opposée à cette décision en produisant plusieurs rapports médicaux au nombre desquels, notamment :
 - un rapport du 6 septembre 2005 relatif à un bilan neuropsychologique effectué le 29 août 2005 par le Dr G_____, spécialiste en neurologie et électroneuromyographie, concluant à des troubles légers de certaines fonctions exécutives n'apparaissant que dans les tâches complexes et coûteuses en ressources attentionnelles ; il était précisé que le tableau neuropsychologique était compatible avec des séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral ; le médecin émettait l'avis que le parcours de formation universitaire suivie par l'assurée rendait peu probable la thèse d'une anomalie du développement cérébral pour expliquer la légère atrophie mise en évidence et que celle-ci devait plutôt être considérée comme une probable séquelle du traumatisme cranio-cérébral ;
 - un rapport établi le 26 septembre 2005 par le Dr C_____ contestant les conclusions du Dr F_____ en arguant que l'examen ophtalmologique pratiqué par le Dr H_____ avait mis en évidence une amputation du champ visuel droit et que cela renforçait l'idée d'un traumatisme cranio-cérébral significatif avec lésions intracrâniennes.
27. Le 1^{er} novembre 2005, la SUVA a mis en oeuvre une expertise multidisciplinaire qu'elle a confiée au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed).
28. Dans un rapport du 15 décembre 2005, le Dr H_____, ophtalmologue, a exposé que l'assurée l'avait consulté le 19 avril 2005 et s'était alors plainte d'une amputation relative du champ visuel droit qu'elle faisait remonter à l'accident de 2002. Les pupilles réagissaient de façon asymétrique à la lumière, ce qui établissait un problème de conduction dans le nerf optique droit. Lors du test polarisé, il avait constaté une asymétrie de la vision qui n'existait pas avant l'accident de 2002.

29. Dans le cadre du mandat d'expertise, le Dr I _____ a pratiqué un examen neuro-ophtalmologique. Dans son rapport du 28 mars 2006, il a indiqué que l'examen du champ visuel de l'assurée avait mis en évidence une dysversion papillaire avec déficit temporal supérieur très partiel à l'œil droit ainsi qu'un léger déficit parapapillaire temporal supérieur à l'œil gauche qu'il considérait comme d'origine congénitale et non évolutive. Il existait tout un cortège de symptômes généraux et visuels qui s'inscrivaient le plus vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. Il n'y avait pas de déficit campimétrique objectivable expliquant les plaintes d'amputation du champ visuel supérieur et sur la droite.
30. Dans leur rapport d'expertise du 8 septembre 2006, les Drs J _____, psychiatre et psychothérapeute, K _____, rhumatologue, et L _____, neurologue, ont admis que l'accident avait provoqué un traumatisme cranio-cérébral mineur et une distorsion cervicale simple. Les experts ont en revanche considéré, sur la base des différents examens neurologiques et des IRM, que l'accident n'avait pas entraîné d'atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique. De même, les troubles organiques - légères atrophies corticales - étaient sans rapport avec l'accident et un déficit campimétrique congénital.

Les experts ont estimé qu'en l'absence de facteurs anxio-tensionnels surajoutés, les suites de l'événement accidentel auraient dû être favorables. Ils pouvaient admettre que quelques cervico-scapulalgies et quelques plaintes neuropsychologiques (fatigue) soient en relation de causalité naturelle persistante avec l'événement accidentel, mais l'importance actuelle des troubles et leurs répercussions sur la capacité de travail ne pouvaient en revanche plus être considérées comme étant en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel.

Par ailleurs, l'anxiété dont souffrait l'assurée ne pouvait être rattachée à l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante. L'anamnèse ne permettait pas de comprendre les raisons de cette pathologie, probablement très contextuelle, dont il fallait par conséquent rechercher l'origine dans une prédisposition morbide. Sans souvenirs de l'accident, l'assurée n'avait pas développé d'état de stress post-traumatique.

Les experts ont diagnostiqué un status après commotion cérébrale et distorsion cervicale simple (degré I à II), un syndrome post-commotionnel et après distorsion cervicale persistant surchargé de facteurs anxiogènes. Selon eux, l'origine des troubles présentés par l'assurée était strictement somatique, mais l'évolution était caractérisée par la persistance/aggravation de la symptomatologie en relation avec des facteurs psychiques indépendants de l'événement accidentel. Désormais, la composante psychique prédominait dans la symptomatologie. Il existait encore des éléments cliniques typiques de troubles après distorsion de la colonne cervicale qui étaient masqués/péjorés par des facteurs psychiques et ce tableau typique se situait désormais tout à fait en arrière-plan par rapport aux troubles psychiques. Il était très

probable que l'assurée ait souffert d'un « mild traumatic brain injury (MTBI) » lors de l'accident du 27 septembre 2002.

Les experts ont conclu à une capacité de travail totale dans toute profession et émis l'avis que les troubles et l'incapacité de travail persistants n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement accidentel depuis le 5 janvier 2004 et il n'y avait pas de perte d'intégrité.

31. Dans un rapport du 5 octobre 2006, le Dr C _____ a expliqué que la concussion cérébrale consistait en une atteinte cérébrale traumatique diffuse pouvant conduire à une atteinte axonale diffuse sans qu'il y ait nécessairement des modifications à l'imagerie cérébrale (70 % des IRM étaient normales, seuls 10 % des scanners se révélaient anormaux). En cas d'« IRM positive », il y avait des signes d'atrophie cérébrale ou d'élargissement des espaces péri-vasculaires. Selon lui, chez l'assurée, l'atrophie cérébrale observée onze mois après le traumatisme déjà pouvait refléter partiellement les difficultés à long terme de comportement et les capacités cognitives.
32. Dans un rapport du 15 janvier 2007, le Dr AA _____, médecin adjoint au service de neurologie des HUG, a diagnostiqué des troubles cognitifs de type attentionnel et dysexécutifs d'origine post-traumatique et d'intensité légère, des troubles affectifs d'origine mixte, des céphalées et cervicalgies post-traumatiques et une hémixinction visuelle homonyme droite (fluctuante).

Selon le médecin, l'augmentation du temps de travail en 2005, chez une assurée à la résistance au stress diminuée et à la fatigabilité augmentée, avait provoqué un épuisement et une nette (ré-) aggravation des troubles qui n'avaient jamais disparu. Les troubles affectifs - anxiété accrue et état dépressif - étaient clairement apparus après l'accident, chez une patiente sans antécédents psychiatriques. Leur origine était vraisemblablement mixte, conséquence directe d'une souffrance diffuse post-traumatique, d'une part, et symptomatique d'un trouble de l'adaptation à ses performances réduites, d'autre part. Bien que pouvant aggraver les symptômes, ils ne pouvaient en aucun cas être tenus pour seuls responsables des difficultés rencontrées par la patiente dans son activité professionnelle et sa vie familiale.

L'exercice de l'activité habituelle était toujours possible, mais difficile, raison pour laquelle le médecin préconisait une légère diminution du temps de travail mais, surtout, une adaptation des horaires avec, par exemple, un travail à jours alternés.

Dans un rapport du 14 février 2007, le Dr AA _____ a précisé qu'au vu de l'atteinte des compétences cognitives de la recourante, une diminution du taux d'activité de 50 % à 35 % (huit heures par semaine) s'imposait pour permettre un enseignement de qualité. La capacité résiduelle de travail s'élevait à 33 % d'un horaire maximal théorique de 24 heures d'enseignement correspondant à un taux d'activité de 100% en tant qu'enseignant au Cycle d'orientation.

33. Le 25 avril 2007, le Dr AB _____, neurologue, psychiatre et psychothérapeute le médecin à la division de médecine des assurances de la SUVA, a considéré que les examens radiologiques des 27 septembre 2002 et 18 juillet 2005 ne révélaient aucune lésion cérébrale d'origine traumatique. Une discrète atrophie cérébrale, dans la région frontale, pouvait être constatée sur l'IRM du 18 juillet 2005, mais elle n'était pas d'origine accidentelle.
34. Le 23 mai 2007, la SUVA a confirmé sa décision du 4 août 2005 niant à l'assurée le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et refusant d'indemniser l'incapacité de gain subie au-delà du mois d'octobre 2004. La SUVA a fait sienne les conclusions des experts. Elle a considéré que les conditions permettant de reconnaître un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques subsistant et un accident pouvant être qualifié de moyennement grave n'étaient pas réalisées.
35. Le 25 juin 2007, l'assurée a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales - alors compétent -, en concluant, préalablement, à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, et, principalement, à l'octroi d'une indemnité journalière tenant compte d'une incapacité de travail entière du 27 septembre 2002 au 7 novembre 2004 puis de 67 %, voire de 100% dès le 8 novembre 2004, d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'au moins 80 %.
36. Le 30 mai 2008, le Dr AB _____ a émis l'avis qu'un « whiplash associated disorder (WAD) » n'entraîne pas en considération au regard des documents médicaux établis peu après l'accident. A son avis, les atrophies de grade léger décrites sur les clichés d'IRM cérébrale du 19 juillet 2005 étaient compatibles avec un processus dégénératif cérébral en rapport avec une maladie, mais il pouvait s'agir aussi d'une formation embryonnaire qui ne s'était plus modifiée depuis la fin de la maturation cérébrale. Par conséquent, ces atrophies ne constituaient pas des séquelles de lésion cérébrale traumatique et, d'un point de vue neurologique, il était possible qu'elles aient existé avant l'accident de 2002.
37. Entendu par le Tribunal le 11 juin 2008, le Dr C _____ a déclaré qu'il tenait pour certaine l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail totale de sa patiente. Il considérait le traumatisme subi comme relativement important, compte tenu de la perte de connaissance et de l'état d'agitation dans lequel la recourante s'était trouvée à son réveil. Un premier scanner cérébral, immédiatement après l'accident, s'était avéré normal. Un second, pratiqué en juillet 2005, avait révélé une atrophie cérébrale, c'est-à-dire un élargissement des ventricules. Selon le témoin, cette différence s'expliquait par le fait que les lésions occasionnées par un traumatisme cranio-cérébral n'étaient pas visibles immédiatement après ce dernier, mais seulement après quelques mois. D'après lui, l'atrophie constatée ne constituait pas une simple variation anatomique préexistant à l'accident, dès lors que le premier scanner ne l'avait pas mise en évidence. Les deux examens pratiqués permettaient de mesurer la taille des ventricules par rapport à

celle du crâne et les résultats obtenus pouvaient être comparés entre eux. Les troubles psychiques de la recourante, notamment son irritabilité et son angoisse étaient psycho-organiques, en ce sens que, selon le Dr C_____, ils étaient induits par l'état permanent dans lequel la patiente se trouvait et provoquaient un affaiblissement général et une diminution de sa capacité de résistance.

38. Entendu le même jour, le Dr AA_____ a mentionné la présence chez la recourante de trois types de troubles neuropsychologiques : des problèmes attentionnels diffus (fluctuations de la concentration) et plus spécifiques (hémi-extinction visuelle), des problèmes de type exécutif peu spécifiques (mémoire de travail) et une fatigabilité en relation avec la charge de travail qui laissait penser que les troubles du système attentionnel étaient d'origine traumatique. Selon le témoin, l'hémi-extinction visuelle constituait un indice assez fort de séquelles organiques d'un traumatisme et démontrait que le système attentionnel était touché. L'aggravation survenue en 2005 était à mettre en relation avec la difficulté de la patiente à gérer le quotidien et la charge de travail due à son état à la suite de l'accident. L'hémi-extinction visuelle et l'aggravation des troubles au fur et à mesure de la reprise du travail étaient deux éléments forts en faveur d'une atteinte du système nerveux central et périphérique.

Le témoin a allégué qu'après un traumatisme cranio-cérébral, l'imagerie peut ne rien montrer dans un premier temps; une atrophie peut ensuite se développer mais, en règle générale, pas en cas de traumatisme mineur. Le témoin a suggéré de soumettre les deux scanners cérébraux à un spécialiste en imagerie médicale afin de vérifier si une atrophie s'était réellement développée.

En principe, un trouble cranio-cérébral mineur ne devait pas donner lieu à un arrêt de travail total car le patient réussissait à assumer un temps de travail partiel en aménageant son poste. En revanche, une réduction de la capacité de travail de la recourante était dans l'ordre des choses après le traumatisme subi. Le fait de devoir travailler deux jours de suite rendait l'arrêt de travail moins insolite, raison pour laquelle il avait conclu à une diminution de la capacité de travail de 50% à 35%.

A son avis, les deux composantes, neuropsychologique et affective, étaient impliquées et toutes deux post-traumatiques. En posant le diagnostic de trouble affectif d'origine mixte, il avait entendu une composante post-traumatique. Enfin, le témoin a estimé la relation de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident probable.

39. Le 16 juin 2008, la recourante a produit un rapport du Prof. AC_____ daté du 24 avril 2008. Selon ce dernier, les altérations prédominantes dans l'analyse des mouvements horizontaux et la nette altération de la perception des flux visuels objectivés lors de l'examen peuvent se rencontrer dans un syndrome post-commotion mais également dans des phénomènes de caractère dégénératif du système nerveux

central. Toutefois, la relation temporelle entre l'apparition des symptômes et l'accident corrobore fortement l'hypothèse post-commotionnelle.

40. Le 19 décembre 2008, le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée (ATAS/1512/2008). Le Tribunal a reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise du 8 septembre 2006 et considéré que les conclusions divergentes du Dr C_____ reposaient sur des hypothèses non vérifiées et que l'origine post-traumatique du déficit visuel à la base des conclusions du Dr AA_____ était contredite par l'appréciation du Dr I_____. Le Tribunal a également nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles subsistants au motif que si le critère de la persistance des douleurs physiques était rempli, il ne suffisait pas à lui seul à retenir un tel lien de causalité dans le cas d'un accident de gravité moyenne.
41. Cet arrêt a été infirmé le 18 mars 2010 par le Tribunal fédéral (arrêt 8C_164/2009), qui a estimé qu'un doute important subsistait sur la question de savoir si une atrophie cérébrale était ou non apparue à la suite de l'accident et, cas échéant, si cette atteinte était d'origine accidentelle. En conséquence de quoi, le Tribunal fédéral a renvoyé la cause au Tribunal cantonal pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise dont il a précisé qu'elle devrait être confiée de préférence à un spécialiste en imagerie médicale, en collaboration avec un neuropsychologue.
42. Invitées par la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice - désormais compétente - à lui proposer des experts neurologues et radiologues et à lui faire parvenir les questions qu'elles souhaitaient leur voir poser, les parties se sont exécutées.
43. La Cour de céans a ensuite rendu successivement quatre ordonnances d'expertise en raison tantôt des demandes de récusation des experts formulées par la recourante, tantôt des empêchements des experts pressentis.
44. Par ordonnance du 15 août 2011, la Cour de céans a ordonné la mise en œuvre d'une expertise neurologique et radiologique qu'elle a confiée au Prof. AD_____, spécialiste FMH en neurologie, et à la Dresse AE_____, spécialiste FMH en neuroradiologie.
45. La Cour a transmis aux experts, le 14 septembre 2011, un nouveau chargé de 61 pièces produites par la recourante, au nombre desquelles, notamment, un rapport d'IRM cérébrale daté du 4 avril 2008 relevant que le système ventriculaire était légèrement élargi en rapport avec une atrophie sous-corticale et concluant à une légère atrophie sous-corticale et divers certificats médicaux du Dr C_____ attestant d'une capacité de travail de 25 % dès le 31 août 2006 (afin de permettre à l'assurée de se reposer entre ses journées de travail les lundis et vendredis) puis de 0% dès le 12 septembre 2007.

46. Le 15 novembre 2011, la Cour de céans a transmis aux experts un nouveau chargé complémentaire de la recourante de 35 pièces.
47. Dans le cadre de l'expertise, le service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du CHUV a procédé, le 23 novembre 2011, à une nouvelle IRM cérébrale qui a mis en évidence un aspect anormalement dilaté du troisième ventricule. Les médecins ont conclu à un aspect de mise au carré de tout le système ventriculaire suggestif d'une souffrance néonatale de la substance blanche profonde avec atrophie secondaire de celle-ci et à l'absence de signe d'une lésion cérébrale suspecte d'origine traumatique.

Le même jour, la Dresse psych. AF_____, psychologue adjointe spécialisée en neuropsychologie auprès du service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV), a procédé à un examen neuropsychologique qui a révélé de bonnes capacités attentionnelles et exécutives mais également des déficits susceptibles de limiter légèrement la capacité de travail et de nécessiter des aménagements de l'horaire dans l'activité d'enseignante. L'examen a principalement mis en évidence un déficit de la mémoire verbale à court terme, une perte significative d'informations dans une épreuve de mémoire épisodique verbale et une perturbation des temps de réaction à une tâche informatisée d'attention divisée. Comparativement au bilan du 7 avril 2005, on pouvait relever une légère aggravation des performances et une augmentation significative des plaintes subjectives de la recourante. Il existait vraisemblablement des manifestations anxieuses, la situation de l'assurée semblant s'être cristallisée sur un sentiment de préjudice et de non-reconnaissance de sa symptomatologie post-traumatique. Le médecin a également constaté une discordance entre les déficits relevés lors de cet examen et ceux décrits par la recourante dans sa vie quotidienne.

48. Dans son rapport d'expertise radiologique du 9 décembre 2011, la Dresse AE_____ a rappelé la technique utilisée, la description des clichés et les conclusions concernant le CT cérébral du 27 septembre 2002 ainsi que les IRM cérébrales des 18 juillet 2005, 4 avril 2008 et 23 novembre 2011. La Dresse AE_____ a conclu à l'absence de modification de taille du système ventriculaire de 2002 à 2011. Les divers examens IRM mettaient en évidence une à deux micro-lésions punctiformes au niveau de la substance blanche pariétale gauche. Selon le médecin, une origine traumatique ne pouvait pas être formellement exclue, toutefois, dans ce cas, les lésions se localisaient plus fréquemment à la « jonction substance blanche substance grise », au niveau péri-ventriculaire et au niveau du tronc cérébral. Les lésions traumatiques étaient généralement associées à des chocs à grande vitesse. Des microsaignements pouvaient aussi être retrouvés chez des individus sains et associés à une fragilité des micro-vaisseaux, sans notion traumatique. La patiente ne présentait pas d'atrophie corticale (élargissement des sillons corticaux), mais la question se posait concernant une atrophie sous-corticale (concernant la substance blanche). Les cornes frontales étaient en effet un peu larges (+ 1 mm par rapport à

la norme). Une discrète atrophie sous-corticale en regard des lobes frontaux pouvait être d'origine congénitale-périnatale. Au vu de la taille des ventricules restée invariable depuis l'examen effectué le jour de l'accident, l'élargissement des cornes frontales ne pouvait pas lui être attribué.

49. La recourante a été examinée par le Prof. AD _____, le 19 décembre 2011. Dans son rapport du 10 janvier 2012, l'expert a énuméré les plaintes de la recourante. A l'examen, il a constaté principalement de discrets signes d'anxiété et des larmes aux yeux à plusieurs reprises, un discours pas toujours cohérent et peu organisé, des pertes de fils, des phrases avortées et des réponses à côté, des erreurs attentionnelles au calcul, un déficit de la mémoire à court terme verbale associé à des capacités de mémoire de travail verbal légèrement réduites, des troubles de la sensibilité au membre supérieur gauche et un Romberg instable. Il n'a pas observé de troubles exécutifs ou praxiques évidents, ni retrouvé d'hémi-extinction visuelle à l'examen.

L'expert a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel après traumatisme crânien léger à modéré sans lésion structurelle du système nerveux central ou périphérique avec des troubles cognitifs (surtout de la mémoire à court terme verbale et troubles attentionnels), probablement d'origine post-traumatique et d'intensité légère, des troubles affectifs d'origine mixte (probable souffrance cérébrale diffuse post-traumatique et troubles de l'adaptation à ses performances réduites), des céphalées modérées et cervicalgies légères post-traumatiques avec composante migraineuse, un déficit campimétrique congénital non-évolutif en rapport avec une diversion papillaire nasale inférieure, associée à un astigmatisme hypermétropique et une presbytie très asymétrique, prononcée à droite.

Selon l'expert, aucune atrophie cérébrale ne s'est pas développée entre le premier examen pratiqué après l'accident et 2011, le système ventriculaire ne s'étant pas modifié de taille sur les différents examens à disposition.

Les déficits relevés lors de l'examen neuropsychologique étaient susceptibles de limiter légèrement la capacité de travail et de nécessiter des aménagements d'horaires. De plus, la patiente présentait de grands changements de sa personnalité et de son comportement avec des crises d'angoisse apparues suite à son accident, possiblement dans un contexte de troubles de l'adaptation à ses performances réduites. Ces troubles objectivables limitaient la capacité de travail de 20 à 35 %.

Les troubles cognitifs étaient qualifiés de légers à modérés, les troubles psychiques de moyens, avec une nette altération de la personnalité. La pulsion, l'auto-initiative, l'affect, le sens critique et le comportement social étaient nettement altérés et correspondaient à une atteinte à l'intégrité modérée à moyenne de 20 à 35 %. Au sens strict, la patiente remplissait les critères du DSM IV pour un état de stress post-traumatique. Par contre, elle ne montrait pas de phénomènes de flash-back ty-

piques ; au vu d'un grand « overlap » des deux syndromes (état de stress post-traumatique et syndrome post-commotionnel), il s'agissait plus probablement de troubles neuropsychologiques et psychiatriques dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. L'IRM cérébrale du 23 novembre 2011 n'avait pas révélé de lésion cérébrale suspecte d'origine traumatique et l'examen neurologique ne mettait pas non plus en évidence d'atteinte structurelle du système nerveux central ou périphérique. Une composante neuropsychologique avait été objectivée aux examens neuropsychologiques. Toutefois, la partie psychique prédominait et les troubles étaient apparus après l'accident avec une aggravation à distance (novembre 2004) et étaient probablement renforcés par l'échec au travail ainsi que par des troubles d'adaptation des performances réduites. Il y avait une composante de prédisposition, de comorbidité psychique et la longueur des procédures engagées exerçait également une influence.

50. Par écriture du 20 avril 2012, la recourante a contesté les conclusions de l'expertise, sollicité un complément et s'est réservée le droit de requérir une contre-expertise.

S'agissant des symptômes visuels, la recourante fait grief à l'expert de ne pas avoir tenu compte du rapport du 24 avril 2008 établi par les Drs AC_____ et AG_____. S'agissant des symptômes oto-neurologiques, elle reproche à l'expert ne pas avoir procédé à un examen approprié. Selon elle, le rapport d'expertise du Prof. AD_____ et celui de la Dresse AE_____ sont incomplets, voire erronés s'agissant de l'examen de l'atrophie sous corticale constatée sur les IRM. En effet, la conclusion de la Dresse AE_____ repose sur l'invariabilité de la taille des ventricules, alors qu'en comparant les différents rapports des scanners, on constate objectivement que le système ventriculaire n'est justement pas resté invariable.

La recourante en tire la conclusion que le rapport d'expertise du 10 janvier 2012 doit être complété, cas échéant avec le concours du Dr C_____, en prenant en compte son état de santé avant l'accident.

S'agissant tant de l'incapacité de travail que de l'atteinte à l'intégrité, elle fait grief au Prof. AD_____ de n'avoir pas pris en considération les symptômes dont elle souffre ou de les avoir minimisés, omettant ses troubles visuels, oto-neurologiques ou encore cervicaux et les capacités physiques et psychiques propres à l'activité d'enseignante. Elle ajoute qu'il n'a pas non plus précisé sur la base de quel horaire de travail il s'est exprimé.

51. Par écriture du 25 juin 2012, l'intimée a rappelé que le but de l'expertise était de lever le doute émis par le Tribunal fédéral quant à l'existence ou non d'une atrophie cérébrale et, cas échéant, de savoir si cette atteinte était d'origine accidentelle.

L'intimée relève que l'expert conclut à la prédominance psychique, avec notamment des composantes de prédisposition et de comorbidité psychique. Or, en de tels cas, la causalité adéquate doit être niée.

52. Le 28 juin 2012, la Cour de céans a transmis cette écriture à la recourante et gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 27 septembre 2002 et l'incapacité de travail dès le 8 novembre 2004 ainsi que sur le droit de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
3. a) 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. 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; ATF 129 V 402 consid. 2.1, ATF 122 V 230 consid. 1 et les références).

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 phy-

sique 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 et 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).

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).

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.).

4. 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).

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).

5. a) 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 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, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

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).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d).

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).

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. A 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 (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2).

b) 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).

c) 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).

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 (ATFA non publiés U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2; U 389/04 du 27 octobre 2005, consid. 4.1; U 222/04 30 novembre 2004, consid. 1.3).

6. En l'espèce, l'expertise judiciaire mise en œuvre à la demande du Tribunal fédéral conclut à l'existence d'une discrète atrophie cérébrale sans rapport avec l'accident et à l'absence d'une lésion structurelle du système nerveux central ou périphérique. Elle retient notamment un syndrome post-commotionnel après traumatisme léger à modéré avec des troubles cognitifs d'intensité légère probablement d'origine post-traumatique, des troubles affectifs d'origine mixte, des céphalées modérées et des cervicalgies légères post-traumatiques avec composante migraineuse. Les troubles objectivables limitent la capacité de travail de la recourante de 20 à 35 %. Celle-ci souffre, dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel, de troubles neuropsychologiques et psychiatriques dont la partie psychique prédomine. L'apparition des

troubles psychiques avec un changement comportemental est assez certainement en lien avec l'accident. Ces troubles psychiques sont probablement renforcés par l'échec au travail et par des troubles de l'adaptation qui jouent un rôle non négligeable. L'aggravation des troubles neuropsychologiques mais surtout psychiques est probablement explicable par une certaine prédisposition de la recourante (vulnérabilité) et possiblement par une co-morbidité anxio-dépressive. Il se surajoute des disputes légales prolongées dont il est démontré dans la littérature médicale que les patients engagés dans des combats judiciaires ont un plus grand risque de garder de grandes séquelles, de démontrer moins de récupération ou même une péjoration du fonctionnement. Au vu des troubles psychiques d'un degré moyen altérant nettement la personnalité, l'atteinte à l'intégrité modérée à moyenne est de 20 à 35 %.

Les diagnostics retenus par le Prof. AD_____ sont semblables à ceux des experts du CEMed. Notamment, ils concordent parfaitement sur le fait que l'accident n'a pas provoqué d'atteinte structurelle du système nerveux central et périphérique, que les légères atrophies cérébrales sont sans rapport avec l'accident, que certains troubles psychiques sont à rattacher à une prédisposition et que la composante psychique prédomine dans la symptomatologie. En revanche, l'expert judiciaire diverge des experts du CEMed quant au lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques actuels, à l'évaluation de la capacité de travail et à l'existence d'une perte d'intégrité.

Le Prof. AD_____ considère que l'apparition des troubles psychiques avec un changement comportemental, de la personnalité, du contact avec l'entourage et avec des crises d'anxiété après l'accident est assez certainement en lien avec l'accident au motif que la recourante n'a pas eu d'antécédents psychiatriques avant celui-ci, qu'elle a eu une vie familiale bien structurée, sans aucune difficulté connue, et qu'elle exerçait son activité d'éducatrice (recte : enseignante en biologie) de manière tout à fait satisfaisante, sans aucune difficulté ou plainte préalablement à l'accident.

Contrairement à ce que prétend l'intimée, cette motivation ne correspond pas au principe « post hoc ergo propter hoc » puisque l'expert précise que la recourante présente des troubles neuropsychologiques et psychiatriques dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel, ou autrement dit que les troubles neuropsychologiques et psychiatriques font partie du tableau clinique typique du syndrome post-commotionnel. En effet, il explique que, lors d'atteintes cognitives post-traumatiques, une certaine fluctuation des performances et des plaintes est typique, une aggravation se manifestant surtout lors du stress et dans un contexte de fatigue. En revanche, la chronification et la persistance des troubles post-traumatiques sont rares en tant qu'elles ne représentent que sept à huit pour-cent des cas. Par conséquent, l'amélioration de l'état de la recourante vers une presque normalisation en 2004, puis l'aggravation avec une chronification des troubles cognitifs et psychiques rend, selon lui, peu probable un lien exclusivement avec l'accident. Aussi,

il considère que l'aggravation des troubles neuropsychologiques mais surtout psychiques est probablement en lien tant avec une prédisposition de la recourante (vulnérabilité) qu'avec les disputes légales ainsi qu'avec des troubles d'adaptation mal compensés jouant un rôle non négligeable et possiblement avec une co-morbidité anxio-dépressive. De même, l'incapacité de travail et l'atteinte à l'intégrité sont essentiellement en lien avec les troubles psychiques.

En définitive, le Prof. AD_____ considère que les troubles neuropsychologiques et psychiatriques sont encore en rapport de causalité partiel avec l'accident alors que les experts du CEMed nient tout lien de causalité avec l'accident depuis le 5 janvier 2004 au motif que la composante strictement post-traumatique de la symptomatologie est mineure et que seules quelques cervico-céphalalgies ainsi que des plaintes neuropsychologiques (fatigue) sont en relation de causalité naturelle persistante avec l'accident. En réalité, il n'y a pas de divergence fondamentale entre les deux expertises mais plutôt une question de logique du raisonnement. En effet, si tous ces avis s'accordent pour conclure à la persistance de symptômes neuropsychologiques en rapport avec l'accident, les experts du CEMed ne pouvaient pas conclure au retour au statu quo sine à partir du 5 janvier 2004 et à l'absence de lien de causalité naturelle dès cette date. En effet, pour aboutir à une telle conclusion, il faudrait que ces symptômes résultent exclusivement de causes étrangères à l'accident ce qui n'est pas le cas, étant précisé que les experts du CEMed ont manifestement procédé à une appréciation du lien de causalité adéquate et non pas du lien de causalité naturelle. Par conséquent, le raisonnement du Prof. AD_____ est cohérent et ses conclusions exemptes de contradictions.

En conclusion, le Prof. AD_____ a répondu à toutes les questions posées, exécuté l'expertise sur la base d'un dossier complet, en prenant l'avis spécialisé de la Dresse AE_____, procédé à un examen de la recourante après l'avoir soumise à un nouvel examen neuropsychologique par une psychologue et en tenant compte de ses plaintes ainsi que de l'anamnèse. Aussi, son rapport d'expertise remplit toutes les conditions matérielles et formelles pour qu'une pleine valeur probante lui soit reconnue.

7. La recourante conteste les conclusions de l'expertise au motif qu'elles sont erronées s'agissant de l'atrophie cérébrale, ne tiennent pas compte de certains symptômes ou les minimisent, ne prennent pas en considération les avis des médecins qu'elle a consultés. Elle sollicite un complément d'expertise et se réserve le droit de requérir une contre-expertise.

C'est justement parce que les divers rapports radiologiques donnent une description différente du système ventriculaire de la recourante que le Tribunal fédéral a renvoyé le dossier à la Cour de céans afin de mettre en œuvre une expertise permettant de déterminer si une atrophie cérébrale était ou non apparue à la suite de l'accident. En effet, selon les divers rapports radiologiques, ledit système ventriculaire est

décrit comme étant soit d'une topographie et d'une morphologie normales (scanner du 27 septembre 2002), soit de situation anatomique normale mais très légèrement dilaté dans son ensemble (IRM du 19 juillet 2005), soit légèrement élargi (IRM du 4 avril 2008), soit enfin comme présentant un aspect anormalement dilaté du troisième ventricule (IRM du 23 novembre 2011). Par conséquent, après avoir réexaminé les divers clichés, la Dresse AE_____ en donne une nouvelle lecture dans son expertise radiologique du 9 décembre 2011, à savoir que le CT cérébral du 27 septembre 2002 révélait déjà une minime asymétrie de taille des ventricules latéraux en faveur du gauche, l'IRM du 18 juillet 2005 mettait en évidence une taille et une forme des ventricules latéraux superposables à l'examen précédent, celle du 4 avril 2008 montrait un système ventriculaire qui ne s'était pas modifié, enfin celle du 23 novembre 2011 permettait de constater l'absence de changement. Elle conclut à l'absence de modification de taille du système ventriculaire de 2002 jusqu'en 2011.

En prétendant qu'on peut constater, sur la seule base des rapports radiologiques, que le système ventriculaire n'est pas resté invariable, la recourante conteste le but même de l'expertise qui est justement de procéder à un nouvel examen des clichés sans tenir compte des conclusions des rapports radiologiques. Étant donné qu'elle ne produit aucun rapport médical à l'appui de sa thèse, le grief relatif aux conclusions erronées de l'expertise s'agissant de l'atrophie cérébrale doit être rejeté.

Contrairement à ce que soutient la recourante, la Dresse AE_____ ne conclut pas à une origine congénitale de l'atrophie, mais précise qu'une discrète atrophie sous-corticale en regard des lobes frontaux peut être d'origine congénitale-périnatale et qu'elle ne peut pas être attribuée à une origine post-traumatique au vu de l'invariabilité de la taille des ventricules. La recourante conteste également l'absence d'origine traumatique de l'atrophie sous-corticale au motif que la conclusion de la Dresse AE_____ ne s'appuie sur aucun rapport médical. Ce grief est également infondé puisque sa conclusion repose tant sur l'examen de l'IRM cérébrale du 23 novembre 2011 que sur le rapport radiologique qui conclut à l'absence de

signe de lésion cérébrale suspecte d'origine traumatique et à un aspect de mise au carré de tout le système ventriculaire en rapport avec une diminution de la substance blanche hémisphérique profonde péri-ventriculaire suggestif d'une souffrance néonatale.

La recourante conteste également que les microlésions punctiformes au niveau de la substance blanche pariétale gauche, retrouvées dans les différents examens IRM cérébrales, ne soient pas d'origine traumatique au motif qu'elle a été victime d'un choc à grande vitesse.

Ce grief n'est d'aucun secours étant donné qu'aucun rapport médical ou de police ne fait état d'un choc à grande vitesse. S'il est vrai que le conducteur roulait sur un

scooter de faible cylindrée dont le moteur avait été transformé, aucun excès de vitesse ne lui a été reproché par les autorités pénales étant précisé que la vitesse autorisée était de 50 km/heure (cf. rapport d'accident du 13 octobre 2002). Au contraire, le témoin de l'accident a déclaré que le scooter « n'arrivait pas vite » de sorte qu'un choc à grande vitesse n'est nullement établi. Au demeurant, dans la motivation de sa conclusion quant à l'absence d'origine traumatique des lésions cérébrales, la Dresse AE_____ se réfère principalement à la localisation de celles-ci qui se retrouvent plus fréquemment à la « jonction substance blanche substance

grise, au niveau péri-ventriculaire et au niveau du tronc cérébral » et non pas au niveau pariétal gauche.

Il n'y a pas lieu de discuter des autres griefs soulevés par la recourante dans la mesure où elle ne fait pas 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.

8. En outre, en confrontant les conclusions de l'expertise du Prof. AH_____ avec les autres rapports médicaux principaux, il ressort qu'elles concordent pour l'essentiel avec les conclusions du Dr AA_____, à la différence que l'expert judiciaire n'a retrouvé lors de son examen ni troubles exécutifs évidents, ni hémiparésie visuelle homonyme droite et, par conséquent, a évalué la diminution de la capacité de travail dans l'activité d'enseignante dans une moindre mesure. Toutefois, malgré cela, leurs conclusions sont identiques quant à l'origine post-traumatique des troubles cognitifs, l'origine mixte des troubles affectifs et la persistance d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles constatés.

Quant aux conclusions du Dr C_____ quant à l'existence certaine d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail totale au vu des lésions cérébrales et de l'atrophie post-traumatiques, elles n'ont pas de valeur probante dès lors qu'elles reposent sur des hypothèses qui ont été infirmées par l'expertise judiciaire.

Par conséquent, la Cour de céans fera siennes les conclusions de l'expert judiciaire et retiendra un lien de causalité naturelle entre le tableau clinique et l'accident du 17 septembre 2002.

9. 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. 2.2 et ATF 125 V 460 consid. 5a et les références).

b) 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 118 V 291 consid. 3a). 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), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 et les références).

c) Dans le cas de troubles psychiques, 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 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 407 consid. 5).

Selon la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2), 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 manifestement 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.

10. S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, en cas d'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, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique (ATF 117 V 359 consid. 5d/bb), avec quelques modifications, c'est-à-dire (ATF 134 V 109 consid. 10):
- 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.

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 407 consid. 4.4.1 et les références ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques. En effet, 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, 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n. U 470 p. 531).

Toutefois, 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, il conviendra d'appliquer, dans les cas d'accidents moyens, les sept critères tels que définis à l'ATF 115 V 133, en faisant abstraction du trouble psychique :

- 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 128 consid. 2).

11. a) En l'espèce, tant le Dr AD_____ que les experts du CEMed concluent unanimement à l'aspect prépondérant des troubles psychiques dans la symptomatologie avec une aggravation en novembre 2004. Selon l'expert judiciaire, la recourante présente des troubles cognitifs d'origine post-traumatique et d'intensité légère ainsi que des troubles affectifs d'origine mixte (probable souffrance cérébrale diffuse post-traumatique et troubles de l'adaptation à ses performances réduites), sans atteinte structurelle du système nerveux central ou périphérique. Les troubles psychiques sont d'un degré moyen avec une nette altération de la personnalité. Il y a une composante de prédisposition, de comorbidité psychique et une influence de disputes légales prolongées. Les troubles psychiques sont probablement renforcés par l'échec au travail et par des troubles d'adaptation des performances réduites.

Les conclusions de l'expert judiciaire sont confirmées par l'évolution de l'état de santé de la recourante, qui a pu reprendre son activité d'enseignante dès le 5 janvier 2004 dans la même mesure qu'avant l'accident, et par les résultats de l'examen neuropsychologique du 23 novembre 2011. En effet, celui-ci fait état d'une discordance entre les plaintes subjectives et la sévérité des déficits relevés, de manifestations anxieuses, enfin d'une cristallisation de la recourante sur un sentiment de préjudice et de non reconnaissance de sa symptomatologie post-traumatique.

En définitive, la Cour de céans retiendra que les symptômes non psychiques du tableau clinique sont à l'arrière plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques depuis l'aggravation survenue en novembre 2004. Par conséquent, il y a lieu de trancher la question du lien de causalité adéquate entre l'accident et la symptomatologie au vu des critères dégagés à propos des troubles d'ordre psychique avec les modifications apportées par la jurisprudence susmentionnée.

Afin de déterminer si ces critères doivent être examinés sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques ou en faisant abstraction des troubles psychiques, il convient au préalable de qualifier la gravité de l'accident. Ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence 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 (ATF non publié 8C_77/2009 du 4 juin 2009, consid. 4.1.1 et les références citées).

En l'espèce, la tête protégée par un casque, la recourante était en train de traverser à vélo un passage piéton sécurisé par des feux lorsqu'elle a été heurtée latéralement par un scooter qui n'a pas respecté la signalisation lumineuse et roulait à vitesse modérée. Elle a chuté et est restée inconsciente jusqu'à son arrivée aux HUG. Au vu de son déroulement (vitesse modérée et choc latéral) et de ses conséquences (traumatisme crânien léger à modéré), l'accident survenu le 27 septembre 2002 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité conformément à d'autres cas semblables. En effet, les collisions de véhicule à l'arrêt ou roulant à faible vitesse, celles entre un véhicule à deux-roues et une automobile ou encore les chutes à vélo sont classées, en règle générale, dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (ATF non publié 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 4.3 ; ATF non publié 8C_322/07 du 1^{er} juillet 2008, consid. 5.1 ; ATF non publié 8C_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 3.3 ; ATF non publié U 471/06 du 5 novembre 2007, consid. 5.3).

c) L'accident n'a pas revêtu un caractère particulièrement impressionnant et il n'a pas été accompagné de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. En effet, le fait que la recourante ait été renversée par un scooter qu'elle n'a pas vu

arriver, à proximité d'un feu rouge et à l'intérieur d'une localité, ne suffit pas à conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant (ATFA non publié U 49/94 du 10 février 2005, consid. 4). La recourante a souffert d'un traumatisme cranio-cérébral léger à modéré, d'une distorsion cervicale simple et d'une fracture de l'auriculaire. Par conséquent, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions n'est pas davantage réalisé. Par ailleurs, la recourante n'a pas été soumise, durant une période prolongée, à un traitement médical spécifique et particulièrement pénible, du moment que les soins administrés ont été limités dès l'accident à des médicaments antalgiques, des mesures diagnostiques ainsi que des séances de physiothérapie et de gymnastique. Quant au critère relatif à l'intensité des douleurs, il doit également être nié au vu notamment des constatations de l'expert judiciaire qui fait état de céphalées modérées et de cervicalgies légères ainsi que de l'absence de douleurs à la mobilisation de la nuque ou à la percussion. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical, ni de complication importante. En effet, les difficultés apparues au cours de la guérison sont essentiellement en lien avec les troubles psychiques, raison pour laquelle ce critère n'est pas rempli.

En ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité. L'intensité des efforts exigibles doit être mesurée à la volonté reconnaissable de l'intéressé de faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7.).

En l'espèce, la recourante a repris le travail à 50 % le 6 janvier 2003, puis à 100 % le 5 janvier 2004. L'incapacité de travail partielle dès le 8 novembre 2004, puis totale dès le 12 septembre 2007 est en lien avec les troubles psychiques. Par conséquent, sans tenir compte de l'incapacité de travail liée aux troubles psychiques, l'incapacité de travail de 100 % pendant trois mois et demi, puis de 50 % pendant 15 mois et demi ne permet pas de considérer que le critère de l'importance de l'incapacité de travail est réalisé.

Vu ce qui précède, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles qui se sont manifestés dès le 8 novembre 2004 doit être niée.

12. La recourante conclut également à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Dans son rapport du 10 janvier 2012, l'expert judiciaire évalue l'atteinte à l'intégrité de 20 % à 35 % pour les troubles psychiques.

En l'espèce, en l'absence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques, l'intimée n'a pas à verser d'indemnité pour

atteinte à l'intégrité en rapport avec ces troubles (cf. ATF non publié 8C_105/2012 du 23 juillet 2012, consid. 7.3). Par conséquent, cette conclusion doit être également rejetée.

13. En dernier lieu, la recourante conclut à un complément d'expertise.

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).

En l'espèce, les pièces médicales versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause, si bien que tant un complément d'expertise qu'une nouvelle expertise médicale s'avèrent superflus par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante.

14. Au vu de ce qui précède, 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

A 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