

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2971/2016

ATAS/81/2018

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

**Arrêt du 30 janvier 2018**

**1<sup>ère</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE, comparant avec                      recourante  
élection de domicile en l'étude de Maître Cristobal ORJALES

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise    intimé  
Hagenholzstrasse 60, ZURICH

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Christian PRALONG, Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1958, a travaillé dès 1988 en qualité de comptable à 80% auprès de B\_\_\_\_\_ SA, laboratoire pharmaceutique à Genève. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la ZURICH compagnie d'assurances SA (ci-après : l'assureur ou l'intimé).
2. Le 29 août 2012, elle a été victime d'un accident à son domicile. Le même jour, elle a fait appel à SOS Médecins. Dans son rapport initial du 11 octobre 2012, le docteur C\_\_\_\_\_, directeur médical, a diagnostiqué une petite plaie occipito-pariétale et a attesté une incapacité de travail du 29 au 31 août 2012. Selon l'assurée, un objet lui était tombé sur le crâne.
3. Le 29 août 2012, l'assurée a également consulté le service des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Dans son rapport du 30 août 2012, le docteur D\_\_\_\_\_, médecin interne, a mentionné à l'anamnèse que l'assurée avait reçu accidentellement une lourde charge sur la tête avec traumatisme crânien, perte de connaissance et amnésie circonstancielle d'une durée indéterminée (probablement quelques minutes). Par la suite, elle s'était plainte de vertiges, céphalées et nausées sans vomissement. Le scanner cérébral pratiqué le même jour n'avait montré ni saignement, ni déviation des structures de la ligne médiane, ni syndrome de masse, ni lésion ischémique constituée. Le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) et a attesté une incapacité de travail totale du 30 août au 3 septembre 2012. A l'examen clinique, l'assurée était bien orientée dans le temps et l'espace. Le score de Glasgow (GCS) était de 15/15. Le Dr D\_\_\_\_\_ a mis l'assurée sous surveillance neurochirurgicale pendant douze heures. Il a considéré qu'il n'y avait pas de critères de gravité et que l'assurée présentait un status neurologique normal. Elle reconsulterait les urgences en cas d'apparition de vomissements ou de troubles de l'état de conscience.
4. Selon le rapport radiologique du 19 septembre 2012, l'angio-IRM cérébrale du 18 septembre 2012 était dans les limites de la norme. Elle mettait en évidence de discrètes anomalies de la substance blanche punctiformes aspécifiques au niveau fronto-pariétal supérieur bilatéral et un comblement partiel des cellules mastoïdiennes droites.
5. D'après la déclaration de sinistre du 26 septembre 2012, en montant sur une échelle, l'assurée avait heurté avec la main un objet lourd qui lui était tombé sur la tête et lui a fait perdre l'équilibre. Elle était tombée d'une hauteur d'un mètre et sa tête avait heurté l'angle d'une table basse. Elle avait perdu connaissance. Les blessures consistaient en commotion cérébrale.
6. Dans un rapport du 27 septembre 2012, la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a indiqué que l'assurée présentait des troubles neurologiques consécutifs à un TCC « après chute de son lit, alors qu'elle était debout », le 30 août 2012 (recte : le 29 août 2012), avec impact occipito-pariétal apical gauche. Une

amnésie circonstancielle était relevée. Le bilan effectué aux urgences des HUG dans la nuit s'était avéré normal, tant le Ct-scan que l'analyse sanguine. L'évolution permettait de relever une persistance des troubles de la concentration, des oublis fréquents et des difficultés d'élocution. Les efforts déployés par l'assurée pour s'exprimer correctement étaient importants et fatigants. Lors de la consultation du 17 septembre 2012, la Dresse E\_\_\_\_\_ a noté un bégaiement persistant. Elle n'avait pas constaté d'autres anomalies neurologiques. Des bilans neurologique de suivi et neuropsychologique lui semblaient nécessaires, raison pour laquelle elle adressait l'assurée au docteur F\_\_\_\_\_, neurologue FMH.

7. Dans un rapport du 1<sup>er</sup> octobre 2012 consécutif à son examen du 28 septembre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que lors de l'accident du 29 août 2012, l'assurée se souvenait du début de la chute mais pas de l'impact. Elle était restée inconsciente pour une période indéterminée (probablement quelques minutes, en tous cas moins d'une heure). Les évaluations a posteriori laissaient penser que sa tête avait heurté l'angle d'une table basse. Lorsqu'elle avait repris conscience, l'assurée souffrait de céphalées importantes. Depuis ce traumatisme, elle décrivait des difficultés d'attention et de concentration, de la fatigue et de la somnolence. La mémoire immédiate était extrêmement réduite avec des oublis fréquents. Elle se plaignait de nalgies, de douleurs aux épaules, d'une importante atteinte cognitive avec notamment des troubles du langage, de la concentration, de la mémoire, et des difficultés de compréhension, même pour des textes relativement simples. Elle était extrêmement fatigable et incapable de suivre des conversations d'une certaine durée. L'écriture s'était modifiée devenant plus lente. L'assurée se plaignait également de troubles de l'équilibre, d'un tangage, d'une tendance à la déviation et d'une impression de flou dans la vision lointaine. Sur le plan somatique, l'examen neurologique avait mis en évidence des difficultés de compréhension ou d'intégration des ordres simples, une lenteur importante et une diplopie dans le regard vers le haut.
8. Lors d'un entretien téléphonique du 4 octobre 2012 avec la gestionnaire de l'assureur, l'assurée a précisé que l'accident s'était produit en montant sur une échelle pour ranger des livres sur une étagère. Elle avait alors involontairement déplacé une lourde icône en bois, qui lui était tombée sur la tête. Elle avait perdu l'équilibre et était tombée de l'échelle en heurtant dans sa chute l'angle d'une table basse. Elle avait perdu connaissance sans savoir pendant combien de temps, mais certainement pendant quelques minutes. En revenant à elle, elle avait ressenti de violentes douleurs à la tête. Malgré un état confus, elle avait réussi à joindre le service des renseignements qui l'avait mise en contact avec SOS médecins. Un médecin était venu à son domicile, avait soigné sa plaie du cuir chevelu et avait téléphoné aux enfants de l'assurée qui l'avaient emmenée un peu plus tard aux HUG. Elle avait passé la nuit aux soins intensifs jusqu'à 6h00, puis elle avait changé de service, avant de pouvoir quitter l'hôpital l'après-midi.

9. Dans un rapport du 17 octobre 2012, le docteur G\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologue FMH, a indiqué que le bilan effectué les 9 et 16 octobre 2012 mettait en évidence une discrète atteinte vestibulaire centrale avec des troubles de l'oculomotricité, de la réponse à la stimulation opto-cinétique et de la fixation oculaire du nystagmus qui était perturbée. L'accident avait certainement entraîné une souffrance cérébrale et les anomalies actuelles du bilan otoneurologique allaient certainement dans le même sens.
10. Dans un rapport du 26 octobre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que le bilan cognitif pratiqué le 12 octobre 2012 n'avait été que partiel compte tenu d'un ralentissement majeur. Il avait révélé des troubles mnésiques relativement importants, des problèmes viso-spatiaux, des difficultés majeures dans le calcul, ainsi que des troubles du langage. L'assurée était probablement pour plusieurs mois encore incapable de reprendre son travail. Il n'y avait actuellement aucun élément dépressif ou trouble psychique.
11. Le 5 novembre 2012, l'assureur a accepté de prendre en charge l'accident.
12. Dans sa détermination du 7 novembre 2012, le docteur H\_\_\_\_\_, neurologue FMH et médecin-conseil de l'assureur, a précisé que même si les examens n'avaient révélé aucune lésion objective, il était probable que, lors de la chute et du choc contre la table, il y avait eu un déplacement du cerveau qui avait causé des lésions. Toutes les lésions n'étaient pas forcément visibles même à l'IRM. Dans tous les cas, la causalité avec l'accident ne pouvait pas être niée. L'évolution dans ce genre de cas était très lente et il était difficile de savoir quelles seraient les séquelles à long terme. Un risque d'invalidité n'était pas exclu, vu la profession de l'assurée. Une reprise du travail n'était pas envisageable avant début 2013 au plus tôt.
13. Dans son rapport du 20 décembre 2012 consécutif à sa consultation du 18 décembre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ a fait état d'une évolution favorable. L'assurée restait néanmoins très fatigable tant sur le plan physique que cognitif. Les difficultés de concentration et d'attention persistaient, de même que les troubles mnésiques. Sur le plan visuel, le docteur I\_\_\_\_\_, ophtalmologue FMH, avait mis en évidence un strabisme décompensé par le traumatisme et par une correction imparfaite d'une myopie. Afin d'accélérer l'évolution, le Dr F\_\_\_\_\_ allait examiner dans quelle mesure l'assurée pourrait suivre une rééducation cognitive. Puis, dans son rapport du 8 février 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée bénéficiait d'un soutien neuropsychologique auprès de Madame J\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP. L'assurée s'exprimait mieux qu'en décembre, mais il persistait des hésitations, des achoppements, un occasionnel manque de mots et surtout un débit ralenti. La compréhension restait problématique et l'assurée devait systématiquement lire plusieurs fois une information avant de la comprendre.
14. Dans son rapport du 21 mars 2013, Madame J\_\_\_\_\_ a indiqué que la prise en charge de l'assurée évoluait bien et efficacement. Celle-ci était moins fatiguée, plus réactive et plus joyeuse. Elle mémorisait mieux les informations. La gestion de la

fatigue et du stress permettait de réduire les troubles de l'expression au niveau du discours. Compte tenu des troubles du langage observés, un bilan logopédique était en cours de réalisation auprès de Madame K\_\_\_\_\_, logopédiste ARLD et neuropsychologue FSP. Au regard du type d'emploi de l'assurée et des troubles importants qu'elle présentait encore, la reprise de son emploi ne lui paraissait pas envisageable.

15. Dans son rapport du 4 avril 2013 consécutif à sa consultation de la veille, le Dr F\_\_\_\_\_ a constaté globalement une évolution lentement favorable, mais l'assurée restait très clairement handicapée tant sur le plan cognitif que du point de vue des difficultés de concentration et d'attention. La fatigue et la fatigabilité restaient patentes. L'assurée avait été récemment revue par le Dr I\_\_\_\_\_ qui avait constaté une normalisation de la compensation du strabisme. Les nuchalgies motivaient une prise en charge tous les quinze jours par un ostéopathe. S'agissant des séquelles cognitives du traumatisme du 29 août 2012, l'assurée bénéficiait d'une prise en charge hebdomadaire par Madame J\_\_\_\_\_. Récemment, elle avait été évaluée par Madame K\_\_\_\_\_ dont l'examen logopédique mettait en évidence une aphasie de type fluent. Elle était vue hebdomadairement par la logopédiste qui lui prescrivait des exercices de lecture et d'écriture. Le docteur L\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute FMH, avait pris en charge l'assurée en lui enseignant des techniques de méditation et de relaxation afin de mieux gérer ses tensions nerveuses. Sur le plan psychique, pour la première fois, l'assurée rapportait des périodes d'anxiété relative et des « petits coups de déprime ». A son avis, ces éléments témoignaient en premier lieu d'une certaine « reprise » des émotions, alors que les séquelles du traumatisme avaient entraîné une modification de la perception émotionnelle. L'ensemble de ces éléments rendait la reprise d'une activité professionnelle actuellement impossible.
16. Dans son rapport du 29 avril 2013, le Dr L\_\_\_\_\_ a précisé que le traitement avait débuté le 8 mars 2013. Il a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel (F07.2). Il avait instauré un traitement psychiatrique et psychothérapeutique intégré. L'évolution était lentement favorable avec une baisse de l'anxiété et de la labilité émotionnelle, ainsi qu'une amélioration de la concentration et du contrôle des émotions.
17. Dans son rapport du 21 octobre 2013, le Dr F\_\_\_\_\_ a observé que l'IRM du 8 octobre 2013 était strictement sans changement par rapport à celle de septembre 2012. Sur l'IRM, il n'y avait aucun élément séquellaire du violent traumatisme survenu en août 2012. Depuis un mois, l'ensemble des intervenants constatait une majoration des difficultés cognitives en relation avec une fatigue, mais également avec le développement d'éléments dépressifs et anxieux. Ces éléments étaient certainement à mettre sur le compte d'une amélioration de la nosognosie, amélioration allant malheureusement de pair avec le développement d'un état dépressif. Dans son rapport du 20 janvier 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait légèrement diminué son suivi médical. Elle avait gardé les séances

hebdomadaires de logopédie et n'avait vu qu'une fois toutes les deux semaines le Dr L\_\_\_\_\_ et Madame J\_\_\_\_\_. Ses difficultés cognitives restaient patentes.

18. Dans son rapport du 9 mai 2014, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel (F07.02) et un épisode dépressif moyen (F32.1). L'assurée présentait un épisode dépressif en lien avec ses nombreux problèmes et difficultés. Le traitement consistait en suivi régulier avec prise d'antidépresseurs.
19. Dans son rapport du 26 mai 2014 consécutif à de nouveaux bilans logopédique et neuropsychologique, le Dr F\_\_\_\_\_ a observé, sur le plan logopédique, une fluctuation des résultats avec des améliorations dans certains domaines et une baisse dans d'autres. Globalement, par rapport à l'année précédente, l'assurée s'exprimait de façon plus fluide. Quant au bilan neuropsychologique, il montrait également des améliorations significatives dans toute une série de domaines, mais une aggravation des capacités attentionnelles et du graphisme. Le Dr F\_\_\_\_\_ restait frappé par cette évolution qui, bien que positive, était encore loin de l'état pré-morbide. Dans son rapport du 27 juin 2014, il a signalé avoir discuté du cas avec le professeur M\_\_\_\_\_, neurologue FMH. Selon ce dernier, le tableau était malheureusement classique, même si pas très fréquent.
20. Dans l'appréciation du docteur N\_\_\_\_\_, neurologue FMH et médecin conseil de l'assureur, datée du 21 août 2014, selon l'expérience, après un TCC sévère avec des conséquences neuropsychologiques, l'état médical définitif était atteint environ deux ans après le traumatisme. Par la suite, la poursuite du traitement ne permettait plus d'escompter une amélioration sensible des modifications cognitives et émotionnelles, ainsi qu'une augmentation de la capacité de travail. Dans le cas de l'assurée, l'évolution était inhabituelle, de sorte que se posait la question du lien de causalité naturelle avec les déficits neuropsychologiques actuels. En effet, les divers examens radiologiques n'avaient objectivé aucune lésion structurelle traumatique alors que les IRM cérébrales réalisées correctement avec des séquences sensibles à l'héméosidérine permettaient de détecter même les plus petits micro-saignements qui avaient eu lieu dans le passé. Par conséquent, une lésion cérébrale post-traumatique ne pouvait pas être prouvée. Selon son conseiller, les discrètes anomalies punctiformes de la substance blanche décrites par les examens radiologiques étaient tout au plus des modifications non spécifiques de ladite substance. Cependant, il n'y avait pas d'image de l'IRM à disposition lors de la discussion. En général, ces modifications de la substance blanche étaient insignifiantes, car elles se produisaient avec l'âge et n'étaient pas la cause des présents troubles neuropsychologiques. En outre, l'évolution fluctuante ne parlait pas pour une séquelle actuelle post-traumatique au degré de la vraisemblance prépondérante. En cas de TCC, il y avait habituellement une amélioration progressive ou un état restant inchangé. Compte tenu de cette appréciation, le Dr N\_\_\_\_\_ recommandait de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire (neurologique, neuropsychologique et psychiatrique). Il y avait lieu d'évaluer la causalité naturelle

---

des troubles et également, en cas d'exclusion de facteurs non accidentels, l'état pathologique final ainsi que la capacité de travail.

21. Le 4 septembre 2014, l'assurée a informé l'assureur qu'elle avait été victime d'un nouvel accident, le 1<sup>er</sup> septembre 2014. Elle avait perdu l'équilibre et était tombée sur le bras droit. Les examens pratiqués aux HUG avaient révélé une fracture entre le pouce et l'index. Depuis l'accident de 2012, elle souffrait de problèmes d'équilibre. Elle était très ébranlée par cet événement qui avait eu des répercussions sur son état général avec une augmentation des maux de tête et de l'anxiété.
22. Par courrier du 13 octobre 2014, l'assureur a informé l'assurée qu'il prévoyait de mettre en œuvre une expertise auprès de la clinique Z\_\_\_\_\_. Elle serait examinée, le 3 novembre 2014, par la doctoresse O\_\_\_\_\_, psychiatre, ainsi que le 20 novembre 2014, par le docteur P\_\_\_\_\_, neurologue, et Monsieur Q\_\_\_\_\_, neuropsychologue. L'assureur lui a communiqué le questionnaire à l'attention des experts et lui a accordé un délai de quinze jours pour lui communiquer toute objection au sujet de l'expert ou toute question complémentaire à son questionnaire. A la suite d'un empêchement de l'assurée, l'examen psychiatrique a finalement eu lieu le 17 novembre 2014.
23. Dans le rapport d'expertise du 26 janvier 2015 signé par les trois experts et Madame R\_\_\_\_\_, docteur en neuropsychologie, l'expert neurologue a diagnostiqué un status post TCC de grade I ou léger/moyen. Il a conclu à l'existence d'une incapacité de travail depuis l'événement du 29 août 2012 jusqu'à l'IRM du 8 octobre 2013. Il a expliqué que les circonstances de la chute, l'amnésie circonstancielle, la perte de connaissance estimée en tout état de cause à moins de quarante minutes, ainsi que l'absence d'anomalie sur le scanner cérébral initial et sur l'IRM avaient fait classer le TCC en grade I, MTBI léger/moyen. Sur le plan strictement neurologique somatique, il existait une persistance des plaintes vestibulaires et visuelles a minima, des douleurs nucales et des céphalées paroxystiques. Il était également noté l'apparition secondaire, à distance de l'accident, d'un tremblement bilatéral. La causalité naturelle était discutable pour une bonne partie de la symptomatologie et notamment « sur l'intensité des troubles cognitifs relativement à l'absence d'atteinte cérébrale objectivable ». Tenant compte des seules plaintes initiales, un syndrome post-commotionnel pourrait être envisagé. Cette éventualité diagnostique devrait être investiguée par l'expert psychiatre. L'évolution très défavorable avec une péjoration secondaire des plaintes cognitives, eu égard à l'absence de lésion cérébrale objective, était « questionnable, la discussion devant dès lors être menée au niveau pluridisciplinaire ». Sur le plan neurologique, certaines plaintes s'expliquaient par l'état antérieur. Les plaintes initiales pouvaient partiellement être justifiées par le traumatisme, mais la persistance de celles-ci était sans lien avec une pathologie somatique.

L'expert psychiatre n'a retenu aucun diagnostic psychiatrique et aucune incapacité de travail. Il n'a pas confirmé le diagnostic de syndrome post-commotionnel évoqué par le Dr L\_\_\_\_\_ au motif que seuls les critères de fatigue et de sensations

désagréables, ainsi que de plaintes subjectives d'altération cognitive étaient retrouvés au décours de l'épisode accidentel, ce qui apparaissait insuffisant pour retenir un tel diagnostic. En effet, aucune modification émotionnelle n'était mise en évidence à l'anamnèse, ni insomnie, ni diminution de la tolérance à l'éthyle ou de préoccupation de type hypochondriaque. L'expert psychiatre a expliqué que le léger fléchissement thymique survenu au printemps 2013 n'avait jamais pris une tournure à caractère pathologique, mais était réactionnel en premier lieu à la reconnaissance des difficultés cognitives, en particulier mnésiques, alors ressenties par l'assurée et à deux événements de vie douloureux (décès de sa tante et découverte d'une leucémie chez un de ses frères). La thymie de l'assurée était actuellement stable. Celle-ci indiquait se sentir de moins en moins découragée car elle s'apercevait de ses progrès sur le plan cognitif, raison pour laquelle elle ne prenait son traitement antidépresseur que de manière occasionnelle. Au vu des éléments anamnestiques décrits, aucun diagnostic de la lignée anxieuse ou thymique n'était retenu au jour de l'expertise.

L'expert neuropsychologue n'a retenu aucun syndrome et s'est référé à la synthèse pluridisciplinaire quant aux questions de causalité et d'incapacité de travail imputables à l'événement du 29 août 2012. Il a observé que l'appréciation neuropsychologique relevait des résultats très déficitaires à deux épreuves évaluant la surcharge cognitive qui étaient des contradictoires ou incohérents par rapport aux résultats obtenus à certaines épreuves sollicitant les mêmes processus cognitifs. Le tableau neuropsychologique global était difficilement interprétable au vu des résultats déficitaires obtenus pour l'ensemble des fonctions évaluées lors de l'expertise. En effet, la nette dégradation des performances dans la majorité des fonctions cognitives évaluées lors de l'expertise, en comparaison des bilans précédents, restait difficilement explicable eu égard aux performances parfois contradictoires et en l'absence de lésion cérébrale ou pathologique neurologique intercurrente, ce d'autant plus qu'un suivi spécialisé régulier avait été mis en place. Les déficits cognitifs multiples mentionnés par les rapports à disposition n'étaient plus retenus par l'expertise pour les motifs ci-dessus. Rappelant que les thérapeutes avaient envisagé un possible « effet pervers » des thérapies, ainsi qu'une participation psychiatrique avec l'apparition d'éléments thymiques et anxieux, l'expert renvoyait à la discussion et à la synthèse pluridisciplinaire.

Dans leur synthèse, les experts ont répété les conclusions de leur examen et les motifs les amenant à ces conclusions. Ils ont précisé que les pertes de connaissance à répétition, « de survenu ultérieur », ne faisaient pas partie des conséquences d'un TCC sans lésion cérébrale objectivable à l'imagerie. Les céphalées décrites avaient une concordance temporelle avec le trouble dégénératif cervical C6-C7 qui n'avait pas été décompensé par l'événement du 29 août 2012, compte tenu de l'absence de choc au niveau cervical lors de ce traumatisme. Les tremblements irréguliers disparaissaient lorsque l'assurée était dirigée vers une autre tâche, orientant vers une origine psychogène, sans lien de causalité avec l'accident. L'ensemble de

l'expertise ne permettait pas de mettre en évidence un fil conducteur entre les plaintes et les observations lors des examens cliniques, l'assurée explicitant avec de nombreux détails et une grande précision le retentissement de ses plaintes, en décalage par rapport à l'importance des troubles rapportés. Le lien de causalité entre les difficultés d'élocution initialement retrouvées et l'accident pouvait être admis au degré de la vraisemblance prépondérante, de même que pour les difficultés attentionnelles et le ralentissement cognitif. Les difficultés phasiques et attentionnelles, le ralentissement, la persistance et même l'aggravation des déficits n'étaient pas explicables. La causalité s'éteignait dès le second bilan neuropsychologique pratiqué au premier semestre 2013. S'agissant des troubles vertigineux, de la fatigabilité importante et des céphalées, le *statu quo ante* était atteint au plus tard le 8 octobre 2013, date à laquelle l'IRM cérébrale ne montrait pas de lésion cérébrale objectivable. La fatigabilité importante ne trouvait pas d'explication neurologique avérée. Du point de vue neuropsychologique, au vu des nombreux antécédents traumatiques (choc frontal sur l'autoroute en 1990 ayant entraîné des douleurs cervicales, peu de temps après chute d'un étage avec fracture du calcanéum, choc avec un autobus en 1999 ayant provoqué une fracture de l'épaule, chute à ski quelques temps après avec nouvelle fracture de l'épaule), la présence d'un état antérieur ne permettait pas d'affirmer une causalité certaine avec un éventuel trouble, l'hypothèse de déficits cognitifs préexistants ne pouvant pas être exclue formellement en l'absence de données précises sur l'état antérieur. Tout au plus pouvait-on reconnaître une causalité vraisemblable pour les difficultés d'élocution objectivées dans les suites immédiates, ainsi qu'initialement pour les difficultés attentionnelles et le ralentissement. Toutefois, la causalité s'était éteinte au premier semestre 2013, dès la constatation d'une aggravation à distance. Pour le reste du tableau cognitif, la causalité était exclue « en regard de l'apparition à distance et de la péjoration non explicable », ainsi que de l'absence de diagnostic psychiatrique retenu au jour de l'expertise. L'incapacité de travail était nulle jusqu'au 8 octobre 2013 au plus tard.

24. Par courrier du 25 février 2015, l'assureur a informé l'assurée que le rapport d'expertise lui était parvenu et qu'il l'avait transmis à son médecin-traitant qui lui en ferait prendre connaissance. Il allait rendre une décision sur la base des conclusions de l'expertise avec effet au 1<sup>er</sup> avril 2015. Il a imparti un délai à l'assurée pour demander des éclaircissements ou compléments ou formuler des observations concernant l'expertise.
25. Dans un rapport du 30 mars 2015, le Dr F\_\_\_\_\_ a relevé que les experts retenaient un traumatisme crânien classifié de léger à modéré sur la base du score de Glasgow estimé à 15/15 initialement et de la durée de la perte de connaissance initiale. Se basant sur une IRM normale, ils excluaient que l'assurée pût encore actuellement présenter une atteinte neuropsychologique importante. Or, de longue date, on savait que la possibilité, à distance d'un traumatisme crânien même léger, de souffrir de séquelles modérées, voire sévères, n'était pas rare. Trois articles récents, joints en

---

annexe, démontraient que le scanner ou l'IRM cérébrale conventionnelle ne permettait pas d'évaluer de façon adéquate les lésions existantes, en cas de TCC léger. Pour l'ensemble de ces raisons, il ne saurait en aucun cas partager les conclusions de l'expertise. S'il ne contestait pas que, sur la base du score de Glasgow ou de l'IRM, on pouvait considérer que le traumatisme avait été léger à modéré, les conséquences dans les jours, les semaines et les mois suivant celui-ci avaient été sévères et les séquelles actuelles étaient très importantes. L'appréciation globale de la situation de l'assurée faite par l'expertise n'avait aucun rapport avec la réalité clinique.

26. Par courrier du 31 mars 2015, l'assurée a contesté en totalité le rapport d'expertise tant sur le fond que sur la forme. Ce dernier était entaché de défauts majeurs dénotant un manque certain de rigueur scientifique. Les experts utilisaient systématiquement des termes juridiques. Leur évaluation était lacunaire, faute d'informations sur l'évolution du cas et de justifications de leurs divergences d'évaluation par rapport aux avis concordants des spécialistes. Leur rapport d'expertise ne comportait aucun diagnostic global des troubles. Aucun des experts n'était spécialisé en neurotraumatologie, en neuroradiologie ou en réadaptation fonctionnelle. En effet, le Dr P\_\_\_\_\_ était spécialiste en pathologie vasculaire, la Dresse O\_\_\_\_\_ en dépression et Monsieur Q\_\_\_\_\_ en troubles d'apprentissage et de difficultés scolaires des enfants. L'expertise était peu lisible en raison d'un manque de structure et de lacunes au niveau des informations recueillies, notamment l'absence d'anamnèse sociale et professionnelle, ainsi que l'omission de faits pertinents connus tels que l'octroi d'une rente entière de l'assurance-invalidité par pré-décision du 19 novembre 2014. L'expertise ayant été effectuée par deux experts-médecins français qui ne faisaient pas partie de la FMH et n'étaient pas autorisés à pratiquer en Suisse, la procédure ne revêtait pas le caractère équitable prévu par la Convention européenne des droits de l'homme.

L'assurée a produit dans la procédure un rapport du docteur S\_\_\_\_\_, chiropraticien, daté du 23 mars 2015. Ce dernier la soignait depuis fin novembre 2014 pour des cervicalgies associées à des paresthésies au membre supérieur gauche et pour des maux de tête. L'examen de novembre 2014 ne révélait pas d'atteinte radiculaire. Les paresthésies et les douleurs cervicales étaient liées à un déséquilibre de la colonne cervicale et de la musculature cervico-scapulaire, faisant suite au traumatisme de 2012 sans lien avec l'épisode de 2008 (recte : 2006 selon l'IRM du 22 mai 2006) qui avait conduit à une intervention chirurgicale pour une névralgie cervico-brachiale (NCB) en C6/C7. Cette opération avait été une réussite puisque l'assurée n'avait plus souffert ni de cervicalgie, ni d'irradiation.

27. Par décision du 21 avril 2015, l'assureur a mis fin à la prise en charge du traitement médical et des indemnités journalières à la date du 31 mars 2015. Il a observé que l'expertise résumait de manière détaillée l'anamnèse familiale et personnelle de l'assurée, en y incluant une analyse du poste de travail. La nationalité française des experts n'était pas un critère suffisant pour conclure à leur incompétence. Les

---

Drs O \_\_\_\_\_ et P \_\_\_\_\_ disposaient d'une autorisation de pratiquer dans le canton de Genève et le titre de spécialiste FMH n'était pas, selon la jurisprudence, une condition sine qua non pour être expert médical. S'agissant de la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI), le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) n'avait pas examiné l'assurée, ni procédé à des examens complémentaires, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de préférer ses conclusions émanant d'un spécialiste en médecine interne, à celles de la clinique Z \_\_\_\_\_. Le rapport du Dr F \_\_\_\_\_ du 30 mars 2015 n'apportait pas d'éléments nouveaux. L'assureur a nié tout lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident depuis le 8 octobre 2013, a mis un terme à ses prestations avec effet au 31 mars 2015 et a renoncé à demander le remboursement des prestations versées après le 8 octobre 2013.

28. Par décision du 7 mai 2015, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2013.
29. Le 21 mai 2015, l'assurée a formé opposition à la décision de l'assureur. Elle a persisté pour l'essentiel dans ses observations précédentes. Elle a admis que les Drs P \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_ étaient autorisés à pratiquer dans le canton de Genève. Elle a fait grief à la décision de ne donner aucune information sur la formation de chacun des experts en matière de traumatisme crânien et sur leur expérience adéquate. Elle a relevé les incohérences de l'expertise quant aux effets d'une parésie transitoire du sixième nerf crânien. Les experts affirmaient que l'IRM cérébrale était devenue normale le 8 octobre 2013, ce qui était contraire à l'IRM du 18 septembre 2012. La reconnaissance de son droit aux prestations jusqu'au 8 octobre 2013, sans qu'il y ait une évolutivité entre les IRM de 2012 et 2013, établissait que les troubles constatés et non contestés par les experts pouvaient exister avec un examen radiologique normal. L'interprétation personnelle par les experts des résultats de l'IRM de 2013 leur permettait de nier en bloc tous les rapports postérieurs au 9 octobre 2013. Par conséquent, l'expertise était partielle et n'avait aucune valeur probante. Le dossier de l'assureur ne contenait aucune réponse de son médecin-conseil quant au rapport du Dr F \_\_\_\_\_ du 30 mars 2015. L'assureur avait une attitude contraire à la bonne foi en versant ses prestations pendant une année et demie avant de demander une expertise.
30. Le 9 décembre 2015, l'assureur a demandé à la clinique Z \_\_\_\_\_ de prendre position sur les divers griefs formulés par l'assurée contre le rapport d'expertise, notamment quant à la justification des conclusions divergentes d'évaluations préexistantes, à la formation et la compétence des experts, à l'omission de faits connus pertinents, ainsi qu'à l'interprétation erronée des examens radiologiques.

Il lui a transmis diverses pièces, notamment une notice du 8 août 2014 de la docteure T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et médecin SMR. Selon cette dernière, l'assurée souffrait depuis le 6 août 2012 de troubles neuropsychologiques dans le cadre d'un TCC et d'un épisode dépressif de gravité moyenne depuis octobre 2013, code 655. Sa capacité de travail était nulle tant dans

l'activité habituelle que dans une activité adaptée. Malgré une prise en charge légère sur le plan cognitif, son état ne s'était guère amélioré. Elle présentait des troubles mnésiques, langagiers, de l'attention et de la concentration persistants rendant impossible une quelconque activité dans l'économie normale. L'avis de la Dresse T\_\_\_\_\_ reposait sur les rapports des Drs F\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_, ainsi que sur les bilans neuropsychologiques pratiqués aux HUG.

31. Par courriel du 13 janvier 2016, l'assureur a transmis à la clinique Z\_\_\_\_\_ de nouvelles pièces, notamment la fiche établie par le docteur U\_\_\_\_\_, médecin de SOS médecins, qui mentionnait : « somnolence, confusion, maux de tête +++, vomissements, trouble de l'équilibre. Surveiller durant vingt-quatre heures ».
32. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 23 mars 2016, le Dr P\_\_\_\_\_ a précisé que l'OAI prenait en considération l'ensemble des atteintes à la santé, alors que l'assureur LAA tenait compte uniquement des plaintes pouvant être attribuées de manière crédible à une atteinte à la santé. Dans le cadre de l'assurance-invalidité, le dossier avait été soumis au médecin SMR sur la base de rapports médicaux non transmis aux experts. Le code statistique AI 655 correspondait au système nerveux et autres affections du cerveau alors qu'il n'existait pas de lésion neurologique chez l'assurée. Les experts n'avaient pas débattu d'un code écrit sous forme de note manuscrite car une telle base de décision de rente serait tout aussi arbitraire que cette note sans arguments. Ils ne prenaient pas une « simple mention sibylline pour une source fiable ». Une parésie du sixième nerf crânien n'induisait pas une limitation de l'adduction, mais de l'abduction. Les spécialistes traitants évoquaient une commotion sévère sans apporter aucun argument pour débattre de l'objectivité de cette gravité et « en restaient au niveau des plaintes ». En l'absence de lésions organiques objectives telles qu'un hématome, les experts n'avaient jamais « laissé sous-entendre » que l'imagerie initiale n'était pas normale. La causalité avait été retenue pour diverses atteintes à la santé pour un temps donné. Au-delà de ce temps raisonnablement admissible, « il était annoncé » une péjoration des troubles cognitifs, des discordances non explicables et une symptomatologie fluctuante. Une péjoration des troubles cognitifs était impossible sur le plan médical s'il n'y avait pas une lésion cérébrale ou de phénomène neurologique intercurrent. Les experts avaient retenu la date de la seconde IRM comme terme du lien de causalité car elle permettait d'objectiver l'absence de modification neurologique qui aurait été susceptible d'expliquer une dégradation. En cas de traumatisme crânien de faible voire moyenne intensité, la perte de connaissance n'était « qu'une signification de la suspension physiologique de l'influx nerveux ». A elle seule, elle n'engendrait pas de conséquences médicales. Les traumatismes sans lésion visible n'avaient jusqu'à ce jour « pas apporté la preuve médicale de lésions invisibles réelles ». Il s'agissait de pures théories qui ne rencontraient aucun consensus. Dans le cas de l'assurée, la notion d'une perte de connaissance, estimée à quarante minutes tout au plus, n'était pas à elle seule un critère pour apprécier la gravité d'un accident. Il en allait de même des

---

vomissements « à la phase initiale ». Accompagnés de céphalées et de troubles de la vigilance, ces vomissements seraient par contre interprétés comme relevant d'une hypertension inter-crânienne qui signalait alors la gravité de l'atteinte parenchymateuse cérébrale. Il n'en avait été aucunement question dans le présent cas. Bien que la fiche manuscrite du médecin de SOS médecins, intervenu au domicile de l'assurée, citait des vomissements, il existait un doute sur cette fiche. Il ne pouvait pas être affirmé qu'il s'agissait de constats médicaux réels sur place. Il pouvait tout aussi bien s'agir d'une fiche mémoire sur les symptômes à contrôler. Les études tendaient également « à montrer » que les troubles subjectifs se rencontraient plus fréquemment dans le cadre de certaines structures de la personnalité. Ces troubles subjectifs étaient analysés en multidisciplinaire avec l'apport important de l'analyse neuropsychologique qui seule pouvait dépister un trouble cognitif réel, objectif. Les techniques d'imagerie de recherche citées par le Dr F\_\_\_\_\_ ne faisaient pas pour l'heure l'objet d'un consensus médical, les lésions observées se retrouvant également chez des personnes en parfaite santé qui ne mentionnaient aucune plainte.

33. A la suite de la notification du complément d'expertise en date du 14 avril 2016, l'assurée a observé, par courrier du 9 mai 2016, que le Dr P\_\_\_\_\_ n'avait pas justifié sa différence d'appréciation par rapport aux spécialistes et au médecin SMR, ni n'avait donné de précisions sur la formation et l'expérience des trois experts en traumatologie crânio-cérébrale. Il se permettait de mettre en doute, à la légère, le constat établi par le premier médecin sur les lieux de l'accident. Il utilisait des termes permettant de suspecter un parti pris.
34. Par décision sur opposition du 6 juillet 2016, distribuée le 11 juillet 2016, l'assureur a rejeté l'opposition. La décision de l'assurance-invalidité reposait sur l'avis SMR dont le médecin s'était prononcé sur dossier en suivant sans autre l'avis des médecins traitants. Il s'agissait d'un fondement extrêmement faible par rapport aux explications des experts de la clinique Z\_\_\_\_\_ qui avaient procédé à des examens pluridisciplinaires détaillés et avaient répondu à un long questionnaire en connaissance de toutes les pièces médicales au dossier. Comparée à l'expertise, l'appréciation du médecin SMR était superficielle et ne remplissait pas les exigences jurisprudentielles relatives à la valeur probante des expertises. Les experts avaient tenu compte de tous les rapports des médecins traitants et avaient motivé leurs conclusions en expliquant pourquoi les déficits n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident. Le Dr F\_\_\_\_\_ ne semblait pas contester que le TCC pouvait être évalué comme léger à moyen, qualification qui correspondait à celle des médecins du service des urgences des HUG. Il n'examinait pas l'origine des différents symptômes, au contraire des experts, et ne motivait ses conclusions que sur la base de l'argument « post hoc ergo propter hoc », soit une motivation insuffisante selon la jurisprudence. D'après cette dernière, il y avait lieu d'accorder plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à celles du médecin de famille, de sorte que l'appréciation des experts de la clinique Z\_\_\_\_\_ était

convaincante. L'expertise de celle-ci remplissait les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître pleine valeur probante. La question du lien de causalité naturelle pouvait toutefois rester ouverte dès lors qu'il y avait lieu de nier la causalité adéquate au regard des critères consacrés par la jurisprudence en cas de traumatisme crânien sans preuve d'un déficit organique objectivable. En effet, un accident avec chute d'une hauteur d'un mètre et choc à la tête devait être qualifié d'événement de gravité moyenne, voire à la limite inférieure de cette catégorie, et aucun desdits critères n'était réalisé.

35. Par acte du 9 septembre 2016, l'assurée a formé recours contre ladite décision. Préalablement, elle a conclu à la suspension de la cause jusqu'à droit jugé de la plainte pénale contre X qu'elle avait déposée le même jour pour faux dans les titres et à la mise en œuvre d'une contre-expertise pluridisciplinaire judiciaire. Principalement, sous suite de dépens, elle a conclu à la poursuite du versement des indemnités journalières et des frais de traitement dès le 31 mars 2015, ainsi qu'à l'octroi d'une rente complémentaire entière d'invalidité LAA dès le 1<sup>er</sup> août 2013. La recourante a pour l'essentiel répété ses divers arguments, à savoir que l'expertise se basait sur des hypothèses non vérifiées, des constatations fausses, ainsi que des interprétations personnelles des experts et niait la quasi-totalité des constats effectués par tous les spécialistes qui l'avaient traitée. L'expertise était également signée de Madame R\_\_\_\_\_, qui ne l'avait jamais examinée et n'était dès lors pas en mesure de décrire quoi que ce fût. La décision mentionnait toutes sortes de faits travestis et d'inventions. Ainsi, elle se référait à des examens effectués au centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV) les 30 août et 30 septembre 2012, alors que la recourante ne s'était jamais rendue au CHUV. Elle mentionnait des thérapies suivies à un rythme peu soutenu et citait de la bouche de la Dresse O\_\_\_\_\_, des propos qu'elle n'avait pas tenus. La recourante n'avait cessé de décrire des troubles du calcul qui persistaient encore aujourd'hui. L'assureur avait violé son droit d'être entendue en nommant les experts de manière purement unilatérale. Si elle avait eu son mot à dire, elle n'aurait jamais accepté de se soumettre à l'examen de praticiens de la clinique Z\_\_\_\_\_ qui avait la réputation d'extrême complaisance à l'égard des mandants assureurs. Tous les critères jurisprudentiels permettant de retenir un lien de causalité adéquate étaient réunis, de sorte que ses troubles neuropsychologiques et psychiques étaient en lien avec l'accident.

Elle a produit dans la procédure sa plainte pénale qui reposait notamment sur les indications de Madame J\_\_\_\_\_, qui avait travaillé en qualité d'expert au sein de la clinique Z\_\_\_\_\_. Selon la neuropsychologue, les conclusions des experts étaient régulièrement tronquées et modifiées a posteriori par des tiers, sans même que les experts en fussent avisés. Les conclusions des experts censées faire l'objet d'une réunion de synthèse entre ces derniers étaient en réalité prises, voire modifiées, hors la présence des experts par des employés de la clinique Z\_\_\_\_\_.

36. Dans sa réponse du 18 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. S'agissant de la mise en œuvre de l'expertise, il a contesté avoir violé le droit d'être entendue de la recourante dès lors qu'il lui avait donné la possibilité de faire valoir des objections et de poser des questions complémentaires, ainsi que de demander des éclaircissements ou des compléments concernant l'expertise. Il a répété les arguments mentionnés dans sa décision sur opposition.
37. Par arrêt incident du 7 février 2017 (ATAS/88/2017), la chambre de céans a refusé de suspendre la procédure jusqu'à droit jugé au pénal et a réservé la suite de celle-ci. Elle a considéré que pour se prononcer sur le litige dont elle était saisie, elle devrait précisément examiner la question de la valeur probante des documents médicaux figurant dans le dossier, plus particulièrement de l'expertise Z\_\_\_\_\_.
38. Dans sa réplique du 22 mai 2017, la recourante a répété son incident de suspension jusqu'à droit jugé au pénal, au motif que des faits nouveaux étaient intervenus, en particulier l'évolution de la procédure pénale (P/16708/16). La doctoresse V\_\_\_\_\_ (ci-après : l'ex-experte), ancienne experte de la clinique Z\_\_\_\_\_, avait déposé une dénonciation pénale (P/16708/16), le 20 septembre 2016, à l'encontre du docteur W\_\_\_\_\_ (ci-après : le prévenu), principal animateur de la clinique Z\_\_\_\_\_, et son assistante, Madame X\_\_\_\_\_, « alias Y\_\_\_\_\_ » (ci-après : la prévenue). Le Ministère Public avait ordonné la jonction des deux procédures pénales sous ce numéro. Au fond, la recourante a persisté à se plaindre d'une violation de son droit d'être entendue entraînant la nullité de la décision au motif que, notamment, elle n'avait pas été invitée à se déterminer sur le choix des experts. Elle a répété les arguments développés dans son recours. L'expertise Z\_\_\_\_\_ n'avait pas de valeur probante car les pathologies dont elle souffrait, sa capacité de travail et la causalité naturelle n'avaient pas fait l'objet d'une étude fouillée et fiable, alors que l'expertise avait été écarté arbitrairement les diagnostics posés par les médecins traitants. Les experts n'avaient pas pris connaissance du dossier mais s'étaient bornés à compléter un résumé partiel et tendancieux élaboré par des analystes n'ayant pas un droit de pratique en Suisse. S'agissant de la description du contexte médical, de l'appréciation de la situation médicale et des conclusions des experts, tout portait à croire qu'elles avaient été modifiées par les analystes et autres auditeurs de la clinique. Par ailleurs, l'expert Q\_\_\_\_\_ n'était pas titulaire d'un doctorat et la Dresse O\_\_\_\_\_ n'était pas admise à exercer son activité au sein de la clinique Z\_\_\_\_\_. La procédure pénale avait permis d'établir que le complément d'expertise du 23 mars 2016 à l'entête du Dr P\_\_\_\_\_ n'avait en réalité jamais été signé, ni même soumis à ce dernier. La recourante a également conclu préalablement à l'audition des experts P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_, du Dr W\_\_\_\_\_, ainsi que de tous ses médecins et thérapeutes. Au surplus, elle a persisté dans ses conclusions précédentes.

Elle a produit dans la procédure les pièces de la procédure pénale dans son état au 16 mars 2017. Selon la dénonciation pénale du 20 septembre 2016 notamment pour faux dans les titres, faux rapports de justice, violation du secret professionnel et

violations de la loi sur la santé, la Dresse V\_\_\_\_\_ reprochait aux prévenus notamment d'avoir constitué de fausses expertises médicales, d'avoir falsifié le contenu d'expertises médicales, d'avoir abusé du nom et de la signature d'experts aux fins de fabriquer des expertises médicales. Elle reprochait également au prévenu de stocker, transférer et exploiter des données médicales à l'étranger, soit en Biélorussie et à Madagascar, sans l'accord des patients. Le prévenu revoyait les conclusions des experts, décidait, sans avoir lu les rapports d'expertise, ni avoir vu les patients, des incapacités de travail, respectivement de la reprise d'activité des expertisés. La prévenue était décrite comme « medical manager adjoint » auprès de la clinique Z\_\_\_\_\_ alors qu'elle n'avait qu'une formation de secrétaire et qu'elle travaillait depuis son domicile dans le canton de Thurgovie. Une fois que le rapport d'expertise était dicté par l'expert, elle procédait à son audit et effectuait des modifications jusqu'à la finalisation du rapport. Elle décidait des conclusions relatives à l'existence, respectivement aux causes d'une éventuelle incapacité de travail. Elle en fixait le pourcentage et la durée sans jamais voir l'expertisé. Elle ne lui remettait pas la version finale du rapport d'expertise envoyée à l'assureur et il lui arrivait même de modifier le diagnostic posé par l'ex-experte et. Un résumé historique détaillé du patient était préparé par la prévenue ou des analystes à Madagascar sur la base des différents rapports médicaux au dossier, alors que ceux-ci n'étaient pas médecins et n'avaient en tout cas pas de droit de pratique en Suisse. Ces résumés évoquaient également des pistes quant au diagnostic et contenaient des instructions d'investigations, des commentaires de l'auditeur, ainsi que des instructions de procéder à des tests de dépistage (alcool et médicaments) sans égard aux antécédents de l'expertisé. Les prévenus se déterminaient par écrit sur les contestations d'expertises et signaient pour le compte de l'expert dont l'avis était contesté sans que ce dernier n'en fût informé.

La recourante a également produit dans la procédure une première version du complément d'expertise la concernant à l'entête du Dr W\_\_\_\_\_, dont le texte différait du rapport du 23 mars 2016 à l'entête du Dr P\_\_\_\_\_. Cette première version indiquait que l'assurée avait menacé les experts durant l'ensemble de l'expertise de faire fermer la clinique s'ils n'écrivaient pas ce qu'elle voulait.

39. Dans sa duplique du 3 juillet 2017, l'intimé s'est opposé à cette nouvelle demande de suspension. Au fond, il a considéré qu'aucun des griefs formulés contre les experts n'était prouvé. Il a persisté dans ses arguments et conclusions précédents.
40. Par arrêt en révision du 26 septembre 2017 (ATAS/825/2017), la chambre de céans a rejeté la demande en révision de l'arrêt du 7 février 2017 et a réservé le fond. Elle a considéré qu'il n'y avait aucun motif de révision valable, car l'évolution de la procédure pénale ne constituait pas un fait ou un moyen de preuve nouveau. Cet arrêt est entré en force, faute de recours à son encontre.
41. Sur quoi, la procédure a été gardée à juger.

---

**EN DROIT**

1. Les questions de la compétence de la chambre de céans et de la recevabilité du recours ont déjà été tranchées à l'ATAS/88/2017, de sorte qu'il n'y a pas lieu de revenir sur ces questions.
2. Le 1<sup>er</sup> 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.
3. a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1b et 2 et les références citées).

En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement, d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b; arrêt du Tribunal fédéral des assurances K 126/06 du 15 juillet 2007 consid. 3.1). Le juge n'entre donc pas en matière, en règle générale, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 125 V 413 consid. 1a; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 2.1).

b) En l'espèce, dans sa décision du 21 avril 2015 et sa décision sur opposition du 6 juillet 2016 – qui déterminent l'objet de la contestation –, l'intimé a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 29 août 2012 et les troubles actuels. Dans son recours, la recourante conclut à la poursuite du versement des indemnités journalières et des frais de traitement dès le 31 mars 2015, ainsi qu'à l'octroi d'une rente complémentaire entière d'invalidité LAA dès le 1<sup>er</sup> août 2013. Etant donné que l'intimé n'a pas statué par voie de décision sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents, il ne sera pas entré en matière sur la conclusion de la recourante à ce sujet.

Par conséquent, le litige porte sur la question de savoir si l'intimé est fondé à mettre fin au droit aux prestations à partir du 1<sup>er</sup> avril 2015, singulièrement si les troubles présentés par la recourante au-delà du 7 octobre 2013 ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 29 août 2012.

4. Dans un premier grief, la recourante invoque une violation de son droit d'être entendue lors de la mise en œuvre de l'expertise.

Le droit d'être entendu étant une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation conduit à l'annulation du jugement entrepris indépendamment des chances de succès du recours sur le fond, il convient d'examiner ce grief à titre préalable (ATF 138 I 232 consid. 5.1 et ATF 127 V 431 consid. 3d/aa).

a) L'art. 29 al. 2 Cst. garantit aux parties à une procédure judiciaire ou administrative le droit d'être entendues. La jurisprudence en a déduit, en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 135 I 279 consid. 2.3; ATF 135 II 286 consid. 5.1; ATF 132 V 368 consid. 3.1).

b) Selon l'art. 44 LPGA, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties. Celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. Lorsque l'assureur-accidents ordonne une expertise avant de rendre une décision au sens de l'art. 49 LPGA, il doit respecter le droit de l'assuré d'être entendu à ce stade déjà, sans attendre la phase - éventuelle - de la procédure d'opposition prévue par l'art. 52 LPGA. S'il omet de le faire, privant ainsi l'assuré de la faculté d'exercer ses droits de participation à l'établissement d'une expertise, le vice de procédure ne peut être réparé, du moins lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (ATF 120 V 357 consid. 2b; RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b, 1996 n° U 265 p. 294 consid. 3c).

A l'ATF 137 V 210 consid. 3, le Tribunal fédéral a instauré de nouveaux principes visant à consolider le caractère équitable des procédures administratives et de recours judiciaires en matière d'assurance-invalidité par le renforcement des droits de participation de l'assuré à l'établissement d'une expertise (droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées et d'en formuler d'autres) et ce afin que soient garantis les droits des parties découlant notamment du droit d'être entendu et de la notion de procès équitable (art. 29 al. 2 Cst., art. 42 LPGA et art. 6 ch. 1 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 [CEDH; RS 0.101]; ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Dans des arrêts ultérieurs, il a indiqué que ces principes et recommandations sont également applicables par analogie aux expertises mono- et bidisciplinaires (ATF 139 V 349 consid. 5.4) et dans le domaine de l'assurance-accidents, étant précisé que la personne assurée bénéficie des droits de participation antérieurs en ce sens qu'elle peut s'exprimer sur les questions posées à l'expert (ATF 138 V 318 consid. 6.1).

---

c) En l'espèce, contrairement à ce que soutient la recourante, l'intimé lui a donné la possibilité de se prononcer sur les noms des experts et le questionnaire soumis à ceux-ci en lui accordant, le 13 octobre 2014, un délai de quinze jours pour faire part de ses observations. Par conséquent, l'intimé a scrupuleusement respecté les droits de participation de la recourante à la mise en œuvre d'une expertise. En revanche, il est vrai que le rapport d'expertise est signé par Madame R\_\_\_\_\_, en plus des trois experts, alors que le nom de cet expert n'a jamais été communiqué à la recourante lors de la mise en œuvre de l'expertise. La question de savoir s'il s'agit d'une violation des règles de procédure peut toutefois rester non résolue au regard de ce qui suit.

5. 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. 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) 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 exigence est remplie 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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).

c) 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*;

---

SVR 2009 UV n° 3 p. 9, arrêt du Tribunal fédéral 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2).

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). Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de TCC, 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.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 117 V 359 consid. 4b).

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. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et ATF 117 V 359 consid. 5d/bb; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2).

6. 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. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent 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). La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2; ATF 114 V 310 consid. 3c et les références; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_442/2013 du 4 juillet 2014 consid. 2).

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 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

b) 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).

c) 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).

d) Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2*bis* de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - 831.20) - en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) - a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au

---

SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

e) 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 52; 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).

7. Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel il appartient au juge d'établir d'office l'ensemble des faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires (cf. art. 43 al. 1 et 61 let. c LPGA). En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués (ATF 138 V 86 consid. 5.2.3; ATF 125 V 193 consid. 2). 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 (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3). 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, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3). Cette règle 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 (arrêts du Tribunal fédéral des assurances U 359/04 du 20 décembre 2005 consid. 2, U 389/04 du 27 octobre 2005 consid. 4.1 et U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

8. 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).
9. En l'espèce, selon les constatations des Drs D\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, ainsi que de SOS médecins, lors de l'accident du 29 août 2012, la recourante a été victime d'un TCC et d'une plaie occipito-pariétale. Elle a subi une perte de connaissance et une amnésie d'une durée indéterminée, mais probablement de plusieurs minutes. En arrivant sur les lieux de l'accident, le Dr U\_\_\_\_\_ a constaté chez la recourante l'existence de somnolence, confusion, maux de tête, vomissements et troubles de l'équilibre. La recourante s'est immédiatement plainte de céphalées, troubles de l'équilibre, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigue et fatigabilité, troubles de l'élocution et de l'écriture, ainsi que de troubles de la vue. Elle a également présenté des nuchalgies et des troubles de l'attention. Sur le plan psychique, le Dr L\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel dans son rapport du 29 avril 2013, puis également un épisode dépressif moyen dans son rapport du 9 mai 2014.

Le lien de causalité naturelle entre les divers troubles de la recourante et l'accident a été admis par l'intimé sur la base de la détermination du Dr H\_\_\_\_\_ datée du 7 novembre 2012, selon laquelle, lors de la chute et du choc contre la table, il y a eu

probablement un déplacement du cerveau qui a causé des lésions, même si les examens n'ont révélé aucune lésion objective.

On ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 134 V 109 consid. 9; ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_56/2016 du 19 décembre 2016 consid. 2.2).

S'agissant des troubles cognitifs de la recourante, les IRM cérébrales des 18 septembre 2012 et 8 octobre 2013 ont révélé de discrètes anomalies de la substance blanche punctiformes aspécifiques au niveau front-pariétal, soit selon l'appréciation du Dr N\_\_\_\_\_ du 21 août 2014, des modifications dues à l'âge n'ayant pas d'incidence sur lesdits troubles. Par conséquent, on peut tenir pour établi au degré de la vraisemblance prépondérante qu'ils ne découlent pas d'une lésion structurelle objectivable au cerveau et que la recourante a été victime d'un TCC cliniquement perceptible, mais sans substrat organique au sens d'une altération structurelle.

10. 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 TCC. 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).

11. a) En l'espèce, la recourante a très vite été soumise à une évaluation spécifique du traumatisme crânien, puisque la Dresse E\_\_\_\_\_ l'a adressée à fin septembre 2012 au Dr F\_\_\_\_\_, neurologue, soit un mois après l'accident, et qu'elle a fait l'objet d'un bilan otoneurologique en octobre 2012 auprès du Dr G\_\_\_\_\_, puis d'un bilan ophtalmologique auprès du Dr I\_\_\_\_\_, d'un suivi neuropsychologique dès le début de l'année 2013, d'un bilan logopédique en mars 2013 et enfin d'un suivi psychiatrique par le Dr L\_\_\_\_\_ dès le 8 mars 2013. Dans son rapport du 26 octobre 2012, le Dr F\_\_\_\_\_ précise qu'il n'y a ni élément dépressif, ni trouble psychique. Puis, dans son rapport du 29 avril 2013, le Dr L\_\_\_\_\_ diagnostique un syndrome post-commotionnel, puis également un épisode dépressif moyen dans son rapport du 9 mai 2014. Tous les médecins interrogés ont admis un lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident du 29 août 2012, tout comme le Dr H\_\_\_\_\_, médecin conseil de l'intimé, dans sa détermination du 7 novembre 2012. Ils ont considéré que les symptômes présentés par la recourante correspondaient à un tableau clinique typique après un TCC. Par conséquent, après avoir admis un tel lien de causalité, l'intimé ne peut mettre un terme à sa prise en charge que s'il établit au degré de la vraisemblance prépondérante que les troubles actuels ne sont

plus en lien de causalité avec l'accident du 29 août 2012 au motif que les causes accidentelles ne jouent plus de rôle dans l'état de santé actuel de la recourante.

b) En second lieu, il convient d'examiner la valeur probante des rapports médicaux sur lesquels l'intimé s'est basé pour refuser les prestations en lien avec les troubles actuels, à savoir le rapport d'expertise du 26 janvier 2015 et son complément du 23 mars 2016.

Dans ledit rapport d'expertise et son complément, les experts concluent à l'absence de lien de causalité entre les troubles constatés et l'accident du 29 août 2012 depuis la seconde IMR du 8 octobre 2013, au motif que cette dernière permet d'objectiver l'absence d'amélioration neurologique qui aurait été susceptible d'expliquer une péjoration des troubles cognitifs. Ils ne retiennent ni diagnostic psychiatrique, ni incapacité de travail depuis le 8 octobre 2013.

Le rapport d'expertise et son complément ne remplissent pas les conditions formelles permettant de leur reconnaître une valeur probante. En effet, le rapport d'expertise tient compte d'une anamnèse médicale qui n'est pas celle ressortant du dossier médical mais qui se base sur des hypothèses non vérifiées. De plus, il a une structure peu conventionnelle puisqu'il ne liste pas les diagnostics posés, mais mentionne les constatations et conclusions de chaque expert, avant de procéder à une discussion finale qui reprend les conclusions intermédiaires de chaque expert. Notamment, les explications concernant le peu de gravité du TCC sont contredites par les rapports médicaux. En effet, la chambre de céans ne comprend pas comment le Dr P\_\_\_\_\_ peut retenir que les symptômes mentionnés sur la fiche établie par le Dr U\_\_\_\_\_ ne sont pas des constats médicaux, mais un rappel des symptômes à contrôler. En effet, la mention « maux de tête +++ » signifie qu'il a constaté de violents maux de tête chez la personne examinée. De plus, même si c'était un rappel des symptômes à contrôler, il s'agirait d'une simple hypothèse qu'une expertise établie avec rigueur scientifique ne peut pas considérer comme un fait établi, sans vérifier ladite hypothèse en interpellant SOS médecins. Par conséquent, contrairement à ce que prétend le Dr P\_\_\_\_\_, la recourante a présenté lors du premier examen médical après son accident, une somnolence, une confusion, des maux de tête importants, des vomissements, des troubles, soit des symptômes qui, selon les précisions données par cet expert, font suspecter l'existence d'une hypertension crânienne signant la gravité de l'atteinte parenchymateuse cérébrale et contredisent les conclusions des experts. Bien qu'il soit douteux que le complément d'expertise du 23 mars 2016 ait été établi par le Dr BERRROIR, médecin de nationalité française, au vu des tournures de phrases (entre guillemets dans l'état de fait) faisant plutôt penser à un rédacteur germanophone, la question peut rester non résolue au regard de ce qui suit.

Le rapport d'expertise et son complément ne remplissent pas davantage les conditions matérielles permettant de leur reconnaître une valeur probante. En effet, il est frappant de constater que l'expert neuropsychologue ne prend aucune conclusion personnelle, mais renvoie à la discussion finale. Il considère que le

tableau neuropsychologique est difficilement interprétable au vu des résultats déficitaires pour l'ensemble des fonctions évaluées. Or, dans le complément d'expertise du 23 mars 2016, le Dr P\_\_\_\_\_ précise pourtant que les troubles subjectifs sont analysés en multidisciplinaire avec l'apport important de l'analyse neuropsychologique qui seule peut discuter un trouble objectif. Etant donné que l'analyse neuropsychologique est difficilement interprétable, il est douteux que l'existence de troubles objectifs ait pu être correctement analysée par les experts, de sorte que leurs conclusions à ce sujet sont sujettes à caution. S'agissant des difficultés d'élocution, des troubles de l'attention, de la fatigabilité et du ralentissement, les experts considèrent que le lien de causalité s'est éteint depuis le second bilan neuropsychologique du premier semestre 2013 qui permet de constater une aggravation à distance. Or, dans son rapport du 26 mai 2014, le Dr F\_\_\_\_\_ relève que le bilan neuropsychologique fait état d'améliorations significatives dans toute une série de domaines et d'une péjoration des capacités attentionnelles et du graphisme. Par conséquent, l'aggravation à distance ne concerne que ces deux domaines, de sorte que si l'on suit le raisonnement des experts, un lien de causalité devrait persister pour les autres troubles neuropsychologiques, contrairement à leurs conclusions. De plus, ils n'ont à aucun moment pris contact avec les spécialistes traitants pour faire part de leurs interrogations quant aux résultats de leurs examens et trouver une explication à l'analyse neuropsychologique difficilement interprétable, telle qu'une situation de stress due à l'expertise qui aurait justifié de répéter les examens dans d'autres conditions afin d'aboutir à des conclusions fiables.

L'hypothèse de déficits cognitifs antérieurs expliquant les troubles actuels n'est qu'une hypothèse et ne peut en aucun cas justifier de nier un lien de causalité entre lesdits troubles et l'accident - à l'exception des difficultés d'élocution et attentionnelles, ainsi que du ralentissement -, au motif qu'il n'existe pas de causalité certaine en l'absence de données précises sur l'état antérieur. En effet, si les experts suspectaient un état antérieur, il leur appartenait de se renseigner auprès du médecin traitant pour obtenir les éléments médicaux nécessaires à leur analyse, ce qu'ils n'ont pas fait. Il en va de même de leur constat selon lequel le médecin SMR a pris position sur la base de rapports médicaux qui ne sont pas en leur possession. Afin de pouvoir se prononcer en pleine connaissance de cause, il leur appartenait de réclamer lesdits rapports médicaux, ce d'autant plus que la Dresse T\_\_\_\_\_ se réfère à des bilans neuropsychologiques pratiqués aux HUG, qui ne figurent pas au dossier de l'intimé. De plus, les experts semblent ignorer qu'en droit de l'assurance-accidents, l'existence d'un lien de causalité est soumise à la règle de la vraisemblance prépondérante et non à celle de la certitude, ce qui permet de douter de leur compétence à établir des expertises dans le domaine de l'assurance-accidents. Au demeurant, il n'est pas possible de savoir si les experts sont spécialistes en TCC comme l'exige la jurisprudence (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5), puisque la clinique Z\_\_\_\_\_ ne s'est pas exprimée à ce sujet, malgré les questions complémentaires posées par les parties.

Les développements de l'expertise quant aux céphalées et aux cervicalgies sont tout autant sujets à caution. En effet, le rapport d'expertise n'admet pas de lien de causalité entre les céphalées et l'accident au motif que la concordance temporelle avec les douleurs de la nuque et des épaules évoque plutôt le diagnostic de céphalées de tension épisodiques au vu des antécédents d'atteintes cervicales et scapulaires. Il n'admet pas davantage de lien de causalité entre les douleurs cervicales et l'accident au motif que lors de celui-ci, il n'y a pas eu de choc direct au niveau cervical et qu'un simple mouvement de flexion vers l'avant, au vu du mécanisme décrit par la recourante, ne peut pas avoir décompensé l'arthrose préexistante. Or, dans son rapport du 23 mars 2015, le Dr S\_\_\_\_\_ précise que la recourante a souffert en 2006 de cervicalgies et d'irradiations qui ont disparu à la suite de la discectomie et de la herniectomy pratiquées à cette époque pour une névralgie cervico-brachiale en C6-C7 et que la recourante le consulte depuis novembre 2014 en raison de paresthésies et douleurs cervicales. Il considère qu'en l'absence d'atteinte radiculaire, ces troubles sont liés à un déséquilibre de la colonne cervicale et de la musculature cervico-scapulaire consécutif à l'accident de 2012. Etant donné que la recourante n'a plus souffert de cervicalgies durant les six ans précédant l'accident, qu'elle s'est plainte de cervicalgies après l'accident qui nécessitent un traitement chez un ostéopathe depuis en tout cas février 2013, puis chez le Dr S\_\_\_\_\_ depuis novembre 2014, qu'elle ne présente pas d'atteinte radiculaire, il est plus vraisemblable que les cervicalgies soient en lien de causalité avec l'accident qu'avec un état antérieur asymptomatique pendant six ans et qui se manifestent à nouveau peu après l'accident de 2012. Au demeurant, on ne voit pas comment l'expert peut retenir un simple mouvement de flexion vers l'avant au vu du mécanisme décrit par la recourante puisque celle-ci a perdu connaissance pendant plusieurs minutes après le choc sur la tête et n'a aucun souvenir du déroulement de l'accident depuis ce moment, de sorte qu'il ne s'agit à nouveau que d'une hypothèse qui ne convainc guère dès lors que l'occiput est très proche de la colonne cervicale. De plus, l'existence d'une arthrose préexistante ne ressort pas du dossier médical de l'intimé et les documents fournis par la recourante aux experts ne mentionnent qu'une hernie discale C6-C7, de sorte qu'à nouveau il ne s'agit que d'une hypothèse.

S'agissant de l'absence de diagnostic psychiatrique retenu par l'expertise, notamment de diagnostic de syndrome post-commotionnel, les explications données par la Dresse O\_\_\_\_\_ ne convainquent pas. Selon la CIM-10 (F07.02), le syndrome post-commotionnel survient à la suite d'un traumatisme crânien (habituellement d'une gravité suffisante pour provoquer une perte de connaissance) et comporte de nombreux symptômes variés tels que maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, difficultés à accomplir des tâches mentales, altération de la mémoire, insomnie, et diminution de la tolérance au stress, aux émotions, ou à l'alcool. Or, contrairement à ce que prétend l'expert psychiatre, il existe chez la recourante une modification émotionnelle puisque, selon le Dr F\_\_\_\_\_, les séquelles du traumatisme ont entraîné une modification de la

---

perception des émotions sous la forme de l'apparition d'une nosognosie (rapport du 4 avril 2013), puis une amélioration de la nosognosie allant de pair avec le développement d'un état dépressif (rapport du 21 octobre 2013). S'agissant de la diminution de la tolérance au stress, l'annonce de la découverte d'une leucémie chez son frère et le décès de sa tante, soit des facteurs de stress psycho-social, ont fait poser au Dr L\_\_\_\_\_ un diagnostic d'épisode dépressif moyen et nécessité la mise en œuvre d'un suivi régulier avec prise d'antidépresseurs (rapport du 9 mai 2014), qui semblent rendre vraisemblable une diminution de tolérance au stress. De plus, la recourante a également été ébranlée par son accident bénin du 1<sup>er</sup> septembre 2014, déstabilisation qui s'est manifestée par une augmentation des maux de tête et de l'anxiété, phénomènes révélateurs également d'une diminution de la tolérance au stress. Par conséquent, la plupart des symptômes du syndrome post-commotionnel mentionnés par la CIM-10 se retrouvent chez la recourante, à part l'insomnie et l'absence de diminution de la tolérance à l'alcool.

Le rapport d'expertise ne pose aucun diagnostic de trouble psychique et n'examine pas si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique d'un TCC dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables. Or, dans la mesure où ils concluent que les troubles non objectivables ne font plus partie du tableau clinique typique d'un TCC depuis le second bilan neuropsychologique réalisé durant le premier semestre 2013, les experts devaient envisager une autre origine, à savoir une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique, respectivement un trouble psychique diagnostiqué conformément à l'ICD-10 ou une certaine structure de la personnalité susceptible de provoquer des troubles subjectifs, ce qu'ils n'ont pas fait. Par conséquent, le rapport d'expertise est lacunaire.

Enfin, les conclusions des experts notamment quant aux troubles cognitifs et psychiques sont contredites par les rapports des Drs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_. Même s'ils émanent des médecins traitants de la recourante, contrairement à ce que soutient l'intimé, ils ne sont pas pour autant démunis de toute valeur probante pour cette seule raison au regard de la jurisprudence (cf. considérant 6e supra). Toutefois, dans la mesure où en présence d'un TCC, il convient de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour apprécier le lien de causalité naturelle, il n'est pas utile d'examiner la valeur probante des rapports de médecins traitants qui n'ont pas procédé à une appréciation pluridisciplinaire.

En définitive, au vu de ce qui précède, le rapport d'expertise du 26 janvier 2015 et son complément du 23 mars 2016 manquent de rigueur scientifique en tant qu'ils se basent sur des hypothèses non vérifiées et des éléments médicaux lacunaires, appliquent des notions de causalité qui n'ont pas cours en assurance-accidents, contiennent des contradictions, ne sont pas convaincants et sont contredits par les médecins traitants. Aussi n'ont-ils aucune valeur probante.

12. a) En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant

---

entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (ATF 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5), d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (ATF 129 V 177 consid. 4.2), ou encore d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un TCC (ATF 134 V 109).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13. En l'espèce, l'intimé considère que la question de la causalité naturelle peut rester non résolue car, de toute façon, en appliquant la jurisprudence relative au traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, au traumatisme analogue ou au TCC sans preuve d'un déficit organique objectivable, il n'existe aucun critère objectif permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles actuels et l'accident.

Contrairement à ce que soutient l'intimé, si le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est manifestement pas réalisé, il n'est pas possible d'examiner si tel est le cas pour les autres critères, faute de savoir si les troubles non objectivables encore présents doivent être considérés comme faisant partie du tableau clinique typique d'un TCC ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique. De la réponse à ces questions dépend en effet le point de savoir quels critères déterminants le juge doit appliquer pour se prononcer sur la causalité adéquate (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_384/2013 du 1<sup>er</sup> avril 2014 consid. 7). Par conséquent, il est prématuré de statuer sur le lien de causalité adéquate et, faute de valeur probante du rapport d'expertise du 26 janvier 2015 et de son complément du 23 mars 2016, il y a lieu d'instruire le dossier sur le plan médical, afin de déterminer si la question dudit lien doit être tranchée selon la jurisprudence concernant les troubles psychiques surajoutés à une atteinte organique, celle relative au TCC ou celle concernant les seuls troubles somatiques (cf. dans un cas comparable, les arrêts du Tribunal fédéral 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 4.2 et 8C\_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 6.1).

Aussi convient-il de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire (neurologique, psychiatrique, neuropsychologique et rhumatologique) auprès d'un hôpital universitaire (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_978/2009 du 14 janvier 2011 consid. 5.4).

14. a) Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque

le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

b) En l'espèce, faute de conclusions médicales reposant sur une évaluation exacte et complète de la situation médicale de la recourante, il y a lieu de renvoyer le dossier à l'intimé afin qu'il mette en œuvre une expertise externe pluridisciplinaire, puis qu'il rende une nouvelle décision sur le droit aux prestations. En effet, dans la mesure où la décision du 21 avril 2015 supprime tout droit à des prestations depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, seul ce point fait l'objet de la contestation, de sorte que la chambre de céans ne peut pas statuer, à ce stade de la procédure, sur le droit de la recourante à l'indemnité journalière et aux frais de traitement dès le 31 mars 2015 (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 127/03 du 28 décembre 2004 consid. 4.3).

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis partiellement et la décision du 6 juillet 2016 sera annulée.

La recourante obtenant gain de cause et étant représentée, une indemnité de CHF 3'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

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

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

**Statuant**

**À la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. L'admet partiellement au sens des considérants et annule la décision sur opposition du 6 juillet 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision sur le droit aux prestations.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

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