

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2989/2016

ATAS/757/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 5 septembre 2017

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à LA ROCHE-SUR-FORON,
France, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
Marie-Josée COSTA

recourante

contre

HELVETIA COMPAGNIE SUISSE D'ASSURANCES SA, sis St.
Alban-Anlage 26, BASEL

intimée

**Siégeant : Raphaël MARTIN, Président; Maria COSTAL et Christian PRALONG,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1967, domiciliée à La Roche-sur-Foron (F), a travaillé en tant qu'auxiliaire éducatrice dans une garderie du service de la petite enfance de B_____ (GE), en étant assurée au sens de la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la Compagnie d'Assurance Nationale Suisse SA, devenue ultérieurement par suite de fusion Helvetia Compagnie Suisse d'Assurances SA (ci-après : l'assureur-accident ou l'intimée).
2. Le 18 novembre 2013, à son lieu de travail, l'assurée a été percutée sous le menton par la tête d'un enfant de trois ans s'étant relevé subitement, lui provoquant un traumatisme maxillo-facial, à la suite duquel elle a reçu des premiers soins le lendemain à la Clinique et Permanence d'Onex par la docteure C_____. Cette dernière lui a établi un premier arrêt de travail à 100 % pour quatre jours, qui sera prolongé plusieurs fois pour quelques jours jusqu'au 20 décembre 2013 (avec une interruption du 23 au 25 novembre et du 9 au 15 décembre 2013), et elle lui a prescrit du repos et des antalgiques.

D'après la déclaration d'accident adressée à l'assureur-accident par l'employeur de l'assurée le 28 novembre 2013, alors qu'un groupe d'enfants était en train d'écouter de la musique, l'un d'eux s'était relevé subitement et s'était percuté avec l'assurée ; cette dernière avait eu un traumatisme crânien léger. Selon le « certificat médical LAA » qu'établira la Dre C_____ le 10 décembre 2013, l'assurée, en position assise, avait reçu sous le menton un coup de tête d'un enfant de trois ans ; elle avait indiqué avoir des céphalées, nualgies, vertiges. Le diagnostic provisoire posé était celui de trauma maxillo-facial minime / bagatelle, des vertiges d'origine périphérique, une composante de stress post-traumatique psychosocial. Les constats médicaux correspondaient à ceux d'un état de santé objectivement dans la norme ; une IRM cérébrale effectuée le 27 novembre 2013 concluait à des images dans la norme et à l'absence de séquelles d'hémorragie intracrânienne ou d'ischémie récente ; une radiographie du thorax de face debout du même 27 novembre 2013 était normale (avec un status après cerclage de sternotomie, amenant la radiologue à se demander de quoi l'assurée avait été opérée).

3. L'assureur-accident a pris en charge les premières conséquences de cet accident professionnel.
4. De nouveaux arrêts de travail à 100 % ont été établis par la docteure D_____, spécialiste FMH en médecine interne, du Groupe médical d'Onex, depuis le 16 décembre 2013. Dans un « rapport médical LAA » du 6 février 2014 évoquant le diagnostic de trauma maxillo-facial avec commotion cérébrale secondaire, ledit médecin a indiqué, au titre de l'évolution, une persistance des vertiges, de la fatigue, un trouble de la concentration, cependant en régression, et, au titre de circonstances étrangères à l'accident jouant un rôle dans le processus de guérison, la « perte de 4 proches consécutivement ». Une reprise du travail à 100 % était

prévue pour le 22 février 2014 ; ce qui l'empêchait alors étaient des vertiges, de la fatigue et d'importants troubles de la concentration, « en lien direct avec le choc – selon la patiente (a précisé ledit médecin) – plus que la perte des proches ».

5. Lors d'une rencontre du 11 février 2014 avec une collaboratrice de l'assureur-accident, l'assurée a indiqué que la très légère amélioration de son état de santé n'était pas suffisante pour lui permettre de retrouver une capacité de travail même partielle ; elle avait des maux de tête incessants, manquait de concentration, avait des absences, était plus lente, n'arrivait pas à faire ses tâches ménagères, avait des douleurs aux cervicales pouvant aller jusque dans le milieu du dos, était épuisée, ne supportait pas le bruit ni les gens parlant trop fort ; elle ne conduisait pas, marchait très peu, dormait mal en raison des douleurs, mais disait rester positive et n'être absolument pas dépressive. Antérieurement, trois ou quatre ans plus tôt, elle avait eu une entorse à chaque cheville, qui n'avaient pas laissé de séquelles ; elle n'avait jamais rien eu au dos et aux cervicales, et n'avait eu que des maux de tête ou de dos épisodiques « comme tout le monde sans plus ». Son incapacité de travail risquait de perdurer en raison des douleurs ; une tentative prématurée de reprise du travail à la demande de la Dre C_____ avait été un échec. L'assurée était frustrée d'être incomprise.
6. Dans un « rapport médical LAA » du 28 février 2014, la Dre D_____ a fait mention d'une discrète diminution de la fatigue et des vertiges, mais de troubles mnésiques et d'anxiétés toujours présents, de douleurs articulo-mandibulaires mécaniques, de céphalées. Un état anxio-dépressif étranger à l'accident n'était pas exclu. Une demande de réinsertion était en cours auprès de l'assurance-invalidité (ci-après : AI). Une reprise du travail n'était pas prévue.
7. Le 11 mars 2014, après avoir pris connaissance des pièces médicales du dossier, le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'assureur-accident, a maintenu l'avis – qu'il avait émis provisoirement le 25 février 2014 (sans avoir alors vu le rapport de l'IRM du 27 novembre 2013) – que le *statu quo sine* avait été atteint le 31 janvier 2014 ; l'incapacité de travail n'était pas justifiée ; ledit médecin souhaitait encore un rapport médical intermédiaire du docteur F_____, spécialiste FMH en chirurgie maxillo-faciale.
8. Par courrier du 13 mars 2014, l'assureur-accident a informé l'assurée qu'il mettait un terme à ses prestations au plus tard au 31 janvier 2014, l'accident du 18 novembre 2013 ne déployant plus, de l'avis de son médecin-conseil, d'effet à partir du 1^{er} février 2014. L'événement déclenchant avait été assez peu important et n'avait causé aucune lésion objectivable. Ses plaintes et son incapacité de travail ne concernaient pas l'assureur-accident. L'examen du montant des indemnités journalières versées entre le 21 novembre 2013 et le 31 janvier 2014 restait d'actualité, le salaire assuré pris en compte pouvant être insuffisant. Il conseillait à l'assurée de déposer une demande de prestations auprès de l'AI.

9. À la demande de la docteure G_____, neurologue à Annemasse (F) – à laquelle son médecin traitant généraliste à Reignier (F), le docteur H_____, l'avait adressée –, l'assurée a consulté Madame I_____, neuropsychologue auprès du Centre hospitalier Alpes Léman à Contamine-sur-Arve (F) pour une évaluation neuropsychologique, en raison de ses plaintes cognitives.

À teneur du compte-rendu d'évaluation neuropsychologique du 30 avril 2014 (faisant mention, au titre des antécédents, d'une chirurgie cardiaque en 1970 et d'un « traumatisme crânio-cervical bénin dans le cadre [du] travail en 2013 »), il semblait que l'assurée avait décompensé depuis ce dernier, probablement sous une forme anxio-dépressive, une somatisation à type céphalées, vertiges, troubles de l'attention et de mémoire. Elle avait coopéré parfaitement à l'examen (réalisé en deux fois, vu sa fatigabilité). Sur le plan thymique, elle avait été très affectée par quatre deuils successifs (dont un meurtre en automne 2013). En conclusion, ses capacités mnésiques antérogrades étaient parfaitement efficaces, malgré une discrète désorientation temporelle ; les capacités phasiques, praxiques, gnosiques et visuo-spatiales paraissaient intègres ; dans la sphère exécutive, elle présentait un affaiblissement des capacités de mémoire de travail, un déficit d'attention soutenue, un ralentissement idéomoteur et un défaut d'organisation/planification. Ainsi, quelques troubles exécutifs (principalement attentionnels) étaient objectivés, dont l'étiologie, en raison du contexte et des antécédents de l'assurée, restait difficile à déterminer.

10. D'après un rapport que le docteur J_____, spécialiste en médecine générale et médecine du sport et expertises à Bonneville (F), a établi le 21 mai 2014 pour la CNP Assurances sur la question d'éventuelles exclusions à un contrat garantissant « l'invalidité-incapacité » à la suite de l'arrêt de travail ayant débuté le 16 décembre 2013 consécutivement à un accident – rapport qui ne sera communiqué dans son intégralité à l'assureur-accident que le 19 janvier 2016 –, l'assurée avait reçu, le 18 novembre 2013, un coup de pied d'un enfant qui avait entraîné un traumatisme crânio-cervical bénin, sans perte de connaissance mais avec des vertiges ; elle avait ressenti le lendemain des troubles de la vue, des étourdissements et des troubles auditifs avec des vertiges, l'ayant amenée à consulter.

L'assurée présentait des troubles cognitifs importants confirmés par le bilan neuropsychologique. Son état était incompatible avec la reprise de son travail d'auxiliaire puéricultrice dans la petite enfance et même dans tout autre travail. Le lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 18 novembre 2013 était difficile à déterminer. Plusieurs éléments allaient contre l'origine traumatique de ces troubles : un traumatisme crânio-cervical bénin, l'absence de perte de connaissance initiale, une IRM réalisée 9 jours après l'accident qui était strictement normale et ne décrivait aucun œdème cérébral, l'appréciation du neurologue ayant demandé le bilan neuropsychologique (évoquant une décompensation sous forme anxio-dépressive et une somatisation) et un contexte environnemental de quatre décès dans les semaines ayant précédé les symptômes. Parlaient en revanche en défaveur

d'un état anxio-dépressif une absence d'anxiété manifeste, de troubles du sommeil et de troubles thymiques.

En conclusion, la causalité des troubles thymiques avec l'accident du 18 novembre 2013 n'était pas établie du fait de la bénignité du traumatisme, et il y avait possibilité de symptômes entrant dans le cadre d'une anxio-dépression décompensée sur un mode somatique mais sans signe dysthymique, qui ferait alors l'objet d'une exclusion au contrat pour raison d'affection psychiatrique.

11. Par décision du 1^{er} juillet 2014, rendue formellement sur demande de l'assurée formulée le 28 avril 2014, l'assureur-accident a mis fin à ses prestations pour l'accident du 18 novembre 2013 dès le 1^{er} février 2014. Malgré la relative banalité de l'accident et l'absence de tout substrat organique, il admettait le lien de causalité naturelle et adéquate entre ledit accident et le suivi médical consécutif, y compris une incapacité de travail jusqu'au 31 janvier 2014 (en dépit d'une pleine capacité de travail attestée médicalement du 23 au 25 novembre et du 9 au 15 décembre 2013). L'accident avait cessé d'exercer une influence sur son état de santé au plus tard dès le 1^{er} février 2014. L'avis de son médecin-conseil avait pleine valeur probante.
12. Le 29 août 2014, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision. Elle avait tenté une reprise du travail le 9 décembre 2013, mais avait dû constater très vite qu'elle ne pouvait pas effectuer ses tâches, du fait qu'elle souffrait terriblement de maux de tête, était passablement désorientée et sujette à une fatigue extrême. Bien qu'aucune lésion objectivable n'ait été mise en évidence, des troubles étaient apparus immédiatement après l'accident, et ils la handicapaient au quotidien depuis cet événement. Elle joignait à son opposition le compte-rendu d'évaluation neuropsychologique précité du 30 avril 2014. Elle avait aussi été évaluée par le Dr J_____ ; ce médecin attestait de son incapacité totale de travail suite à l'événement du 18 novembre 2013.
13. Le 1^{er} décembre 2014, le Dr F_____ a indiqué à l'assureur-accident que l'assurée avait décommandé le rendez-vous qui avait été fixé au 25 mars 2014, si bien qu'il ne pouvait établir un rapport médical intermédiaire.
14. À teneur d'un nouveau compte-rendu d'évaluation neuropsychologique de Mme I_____, du 4 juin 2015, adressé au Dr H_____, le fonctionnement des capacités mnésiques antérogrades visuo-verbales était efficient et associé à une bonne orientation temporo-spatiale et à un accès possible en mémoire rétrograde ; les capacités gnosiques, phasiques, praxiques et visuo-spatiales semblaient intègres ; au niveau exécutif, l'assurée présentait une lenteur d'exécution, un défaut d'attention soutenue, un affaiblissement des capacités attentionnelles auditivo-verbales, une altération de la mémoire de travail et d'importantes difficultés d'organisation/planification. En somme, il y avait persistance de troubles exécutifs et attentionnels, qui pourraient nécessiter une prise en charge en termes de réadaptation neuropsychologique.

-
15. Par décision du 15 juin 2015, l'AI a refusé d'octroyer des mesures de réadaptation à l'assurée, cette dernière n'ayant pas accepté de se soumettre à une évaluation psychiatrique.
 16. Le 20 janvier 2016, le Dr E_____, relevant que les conclusions du Dr J_____ allaient dans le même sens que sa « décision » du 11 mars 2014, a confirmé cette position.
 17. Par décision sur opposition du 11 juillet 2016, l'assureur-accident a rejeté l'opposition que l'assurée avait formée à sa décision précitée du 1^{er} juillet 2014.

Compte tenu de l'ensemble du dossier médical, des circonstances concomitantes à l'accident bénin dont l'assurée avait été victime, de l'absence de lésions objectivables, de l'unanimité des médecins (y compris traitants) quant à l'origine indéterminée des plaintes de l'assurée, il était hautement vraisemblable que le *statu quo sine* était atteint au 31 janvier 2014 puisque des diagnostics d'ordre psychique avaient été relatés à peine que l'accident avait eu lieu.

Le résultat ne serait pas différent si – ce qui ne s'imposait pas au vu du dossier – il y avait eu entorse cervicale (accident du type « coup du lapin »). Un lien de causalité naturelle n'était pas établi par des éléments médicaux fiables ; la causalité adéquate devrait être niée, compte tenu du caractère insignifiant ou de moindre gravité de l'accident, et en tout état, si celui-ci devait être qualifié de gravité moyenne à la limite d'un accident de peu de gravité, aucun des critères supplémentaires requis n'était réalisé.

18. Par acte du 12 septembre 2016, l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice, en concluant à l'octroi d'un délai pour compléter le recours, à l'annulation de la décision attaquée, à la condamnation de l'assureur-accident à reprendre le versement des indemnités journalières à compter du 1^{er} février 2014 (d'un montant à fixer à CHF 104.50), au renvoi du dossier à l'assureur-accident pour décision sur la rente et l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, subsidiairement à ce qu'une expertise médicale judiciaire soit ordonnée.

L'assureur-accident avait violé la maxime inquisitoire, en n'instruisant pas suffisamment le dossier. Le rapport attendu du Dr F_____ n'avait pas pu être produit, vu que l'assurée avait dû annuler son rendez-vous chez ledit médecin. Aucun examen psychiatrique n'avait été réalisé.

L'assureur-accident avait admis l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate, puis avait estimé que les troubles pourtant persistants n'étaient plus en lien avec l'accident considéré, contrairement aux éléments du dossier (en particulier les deux évaluations neuropsychologiques des 30 avril 2014 et 4 juin 2015 de Mme I_____ et l'expertise médical du Dr J_____ du 21 mai 2014) et aux derniers examens médicaux, à savoir un rapport du 8 septembre 2016 de la docteure K_____, médecin généraliste à Thorens-Glières (F). Selon ce rapport-ci, l'assurée avait été victime d'un accident du travail le 18 novembre 2013 avec traumatisme

crânien, maxillo-facial et traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin » ; elle se plaignait depuis lors de cervicalgies, de céphalées, de vertiges, de troubles de mémoire, de concentration et d'organisation, de troubles du sommeil, de troubles visuels et d'une asthénie chronique. Des radiographies du rachis cervical (du 29 août 2016) mettaient en évidence une rectitude de la colonne cervicale, une uncodiscarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7 ; une IRM du rachis cervical (du 1^{er} septembre 2016) retrouvait une dysharmonie de la courbure cervicale avec discopathie protrusive en C4-C5 et C6-C7 avec débord postérieur médian. Tous ces symptômes étaient apparus depuis l'accident ; ils étaient en rapport avec un syndrome des traumatisés crâniens, les cervicalgies étant en rapport avec les discopathies retrouvées sur l'IRM du rachis cervical, elles-mêmes secondaires au « coup du lapin ». Depuis l'accident, l'assurée était dans l'incapacité totale d'exercer toute activité professionnelle.

Le montant de l'indemnité journalière, fixé à CHF 87.85, était trop bas et n'avait toujours pas été recalculé par l'assureur-accident.

19. En annexe à un complément de recours du 17 octobre 2016, l'assurée a produit un rapport de la docteure L_____, neurologue à Annecy-le-Vieux (F), daté du 4 octobre 2016, qui reprenait les descriptions contenues dans le rapport précité de la Dre K_____ et concluait que l'assurée souffrait d'un syndrome subjectif des traumatisés crâniens l'empêchant d'exercer toute activité professionnelle et la limitant dans ses activités quotidiennes. L'assurée a également produit deux articles de la littérature médicale sur les traumatismes crâniens, ainsi qu'une attestation de la Dre K_____ aux termes de laquelle son incapacité de travail se prolongeait en l'état jusqu'au 31 décembre 2016.
20. Par mémoire de réponse du 7 novembre 2016, l'assureur-accident a conclu au rejet du recours.

L'absence de rapport du Dr F_____ tenait au fait que l'assurée avait décommandé son rendez-vous auprès dudit médecin, sans ensuite en fixer un nouveau. Le principe inquisitoire n'avait pas été violé. Les conclusions des médecins dont les rapports étaient produits étaient relatées de façon tronquée. En particulier, le rapport du docteur M_____ du 29 août 2016 sur les radiographies du rachis cervical effectué à cette date-ci précisait qu'il n'y avait pas d'anomalie de la charnière cervico-occipitale, pas de trouble de la statique dans le plan frontal, pas de lésions osseuse traumatique visible et pas d'épaississement des parties molles pré-cervicales. Le rapport du docteur N_____ du 1^{er} septembre 2016 sur l'IRM précitée du rachis cervical complétait la conclusion d'une dysharmonie de courbure cervicale par le constat d'absence d'anomalie de signal de la moelle et de la charnière cervico-occipitale. Dans son rapport du 4 octobre 2016, la Dre L_____ évoquait que les anomalies mises en évidence par ladite IRM étaient possiblement secondaires au traumatisme considéré. La littérature médicale produite émettait des hypothèses de travail plaidant, sur un plan général, en faveur de recherches dans les domaines voisins de la neurologie et de la psychiatrie, sans permettre de tirer des

conclusions dans le cas particulier. D'après le dossier de l'AI que l'assureur-accident s'était procuré, le médecin traitant de l'assurée, le Dr H_____, avait fait état d'une somatisation de type névrotique sur un terrain anxiodépressif dès septembre 2013 (donc avant l'accident du 18 novembre 2013), et la neurologue G_____ avait d'abord indiqué, le 11 avril 2014, ne pas exclure la possibilité d'une participation psychogène aux symptômes de l'assurée, puis, le 2 juin 2014, avait mis en priorité l'hypothèse psychogène (évoquant un contexte de difficultés psychologiques que l'assurée avait du mal à reconnaître et pour lequel celle-ci ne souhaitait pas démarrer de traitement) ; une nouvelle demande de prestations de l'AI était en cours. Il était hautement vraisemblable que le *statu quo sine* était atteint au 31 janvier 2014. Subsidiairement, l'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » n'était pas attestée par des renseignements médicaux fiables, même si les plaintes émises dès les premières consultations étaient semblables à celles qui pouvaient résulter d'une distorsion cervicale. En tout état, un lien de causalité entre l'accident du 18 novembre 2013 et les troubles considérés devait être nié en raison du caractère de peu de gravité dudit traumatisme ou, en cas d'accident de gravité moyenne, de l'absence de critères supplémentaires requis. De nouveaux examens médicaux étaient inutiles.

La question du salaire de l'assurée était en cours d'examen ; elle ne faisait pas l'objet de la décision attaquée.

21. Par réplique du 29 novembre 2016, l'assurée a persisté dans les termes et conclusions de ses écritures antérieures.

La Dre C_____ avait sous-estimé les conséquences de l'accident et les rapports de la Dre D_____ ne démontraient quoi que ce soit. L'assurée avait certes connu quatre décès successifs en l'espace de quelques mois, concernant cependant des personnes avec lesquelles elle n'avait presque plus de relations, et ces décès, antérieurs à novembre 2013, ne l'avaient pas empêchée de travailler. Tant la Dre D_____ que le Dr H_____ lui avaient prescrit des séances de physiothérapie et de rééducation, ce qui attestait de troubles physiques et non psychiques. Les examens neuropsychologiques avaient mis en évidence des troubles attentionnels et exécutifs persistants. Le Dr J_____ avait écarté l'existence d'une atteinte psychique puisque l'assurance française pour laquelle il avait établi son expertise avait couvert son incapacité de travail. C'était jouer sur les mots que de dire que la Dre L_____ ne voyait dans les anomalies constatées par IRM que de possibles (mais pas vraisemblables) atteintes secondaires à l'accident considéré. Le dossier de l'AI que l'assureur-accident s'était procuré n'autorisait pas à tirer une quelconque conclusion. L'assurée n'avait jamais refusé un suivi psychiatrique, mais ne pouvait se résoudre à admettre que ses atteintes seraient psychogènes, d'autant plus que l'IRM du 1^{er} septembre 2016 confirmait l'existence de lésions.

Le lien de causalité naturelle et adéquat avait été admis par l'assureur-accident, qui n'apportait pas la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, de la disparition du caractère causal de l'accident au 31 janvier 2014.

22. Par duplicque du 25 janvier 2017, l'assureur-accident a pour l'essentiel renvoyé à l'ensemble du dossier et de ses prises de position.
23. Le 30 janvier 2017, sur mandat de l'AI, le prof. O_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et Madame P_____, psychologue spécialisée en psychothérapie FSP, ont établi un rapport d'expertise psychiatrique et neuropsychiatrique.

Au titre des questions cliniques, ledit rapport décrit le contexte social – anamnèse familiale, personnelle et professionnelle (2 pages), plaintes et données subjectives de l'assurée (1/3 de page), renseignements obtenus de tiers (2/3 de page) – puis les atteintes à la santé – anamnèse médicale et psychiatrique (2 pages, avec la mention d'une IRM cérébrale du 20 janvier 2017 concluant à l'absence de toute anomalie notable ainsi que de séquelles hémorragiques tant à l'étage sus- que sous-tentorial), situation actuelle (1/3 de page), status clinique (1 1/2 pages), bilan neuropsychologique (2 2/3 pages) –, avant de poser le diagnostic post-commotionnel (F 07.2) dès 2013 et de traits de personnalité immature et histrionique (Z 73.1) dès le début de l'âge adulte (étant précisé que le diagnostic primaire de syndrome post-commotionnel persistant s'était développé suite à un accident mineur et que les traits immatures et histrioniques influençaient l'expression des symptômes sans pour autant être à leur origine). Un suivi psychologique par une spécialiste à l'aise avec la problématique des conséquences des syndromes post-commotionnels était nécessaire. Des mesures de réadaptation devaient être entreprises et étaient exigibles pour éviter l'installation dans une invalidité au long cours. La nature du syndrome post-commotionnel excluait clairement une reprise d'activité en garderie mais laissait ouverte la possibilité d'un travail ritualisé à faible niveau d'exigence dans un milieu peu sollicitant. Sous l'angle de la cohérence, le rapport relevait que l'assurée présentait un syndrome post-commotionnel ayant été produit par un traumatisme mineur sans séquelles quelconques sur le plan de l'IRM et du bilan neurologique, mais laissant sur le plan neuropsychologiques les éléments constitutifs classiques de ce syndrome avec des problèmes attentionnels et de mémoire de travail au premier plan, des difficultés exécutives mineures et une grande fatigabilité. Ledit syndrome était favorisé dans son installation par certains traits de personnalité (une immaturité affective et un haut niveau d'anxiété prémorbide), mais il n'y avait pas de pathologie psychiatrique prémorbide (en particulier pas de décompensation dépressive). La situation était compliquée par une longue période sans traitement psychologique après l'accident avec des symptômes persistant depuis plus de trois ans ; il était primordial de travailler sur les distorsions cognitives d'incurabilité en lien avec le traumatisme (et non avec les affects dépressifs, non au premier plan). Une réadaptation devait tenir compte des limitations fonctionnelles. S'agissant de la capacité de travail, elle était nulle dans l'activité exercée jusqu'ici, et de 50 % pendant une année puis de 100 % dans une activité adaptée, dans un milieu peu exigeant, structuré et ritualisé.

24. Dans des observations après duplique du 16 mars 2017, l'assurée a indiqué rester dans l'attente d'une décision sur le montant de ses indemnités journalières. L'assureur-accident niait l'existence de lésions pourtant documentées par l'IRM du 1^{er} septembre 2016 et expliquant les troubles de l'assurée. Cette dernière produisait le rapport d'expertise psychiatrique et neuropsychiatrique précité du prof. O_____ et de Mme P_____ ; ce rapport établissait qu'elle souffrait d'un syndrome post-commotionnel découlant de l'accident du 18 novembre 2013 et qui excluait la reprise de son activité habituelle mais laissait subsister une capacité de travail résiduelle devant faire l'objet d'une évaluation concrète. L'assurée persistait intégralement dans les termes et conclusions de ses écritures antérieures.
25. Le 11 avril 2017, le docteur Q_____, psychiatre-conseil de l'assureur-accident, a objecté, à l'encontre dudit rapport d'expertise psychiatrique et neuropsychiatrique, qu'aucun indice impératif ne parlait en faveur du fait qu'une commotion cérébrale aurait eu lieu, l'assurée ayant subi une blessure bénigne lors d'un choc avec un enfant et une lésion cérébrale n'étant pas documentée dans les rapports établis peu de temps après l'accident. Il n'y avait pas discussion de possibles diagnostics différentiels, alors qu'un stress post-traumatique psycho-social était présent déjà lors de la première consultation médicale, que le dossier faisait état du décès de plusieurs proches de l'assurée et que la littérature médicale retenait des symptômes partiellement communs aux syndromes post-commotionnels et aux troubles de l'adaptation. L'hypothèse que les traits de la personnalité de l'assurée correspondent à des troubles de la personnalité n'était pas non plus discutée. L'événement accidentel considéré, classé dès le début comme bénin, ne pouvait en règle générale fonder médicalement une longue incapacité de travail. L'incapacité de travail évoquée n'était pas motivée ; il n'était pas cohérent que l'assurée ne puisse plus travailler dans une garderie d'enfants mais puisse travailler à 50 % dans une activité adaptée, décrite au demeurant de manière rudimentaire. Des questions neurologiques et neuropsychologiques avaient été évaluées d'un point de vue diagnostique sans le concours d'un neurologue.
26. Par une détermination du 10 mai 2017, invoquant ledit avis du Dr Q_____, l'assureur-accident a estimé que le rapport d'expertise psychiatrique et neuropsychiatrique du prof. O_____ et de Mme P_____ ne fondait pas la causalité naturelle entre l'accident du 18 novembre 2013 et les troubles de l'assurée ; il n'était pas du ressort du psychiatre de porter une appréciation neurologique et, en l'espèce, tant des éléments objectivables qu'un diagnostic différentiel faisaient défaut. Une causalité adéquate, si tant est qu'elle avait été donnée, avait disparu au plus tard en même temps que la causalité naturelle compte tenu de l'événement bagatelle dont l'assurée avait été victime et en application des règles prévalant dans le domaine des distorsions cervicales ou des cas comparables. La décision attaquée était bien fondée. Il n'y avait pas matière à ordonner de nouveaux examens médicaux.

27. Dans des observations du 1^{er} juin 2017, l'assurée a contesté la valeur probante du rapport précité du Dr Q_____ ; les erreurs l'émaillant démontraient qu'il ne résultait pas d'une étude fouillée du dossier ; ce rapport ne faisait qu'émettre des hypothèses. La seule cause de son incapacité de travail était son accident du 18 novembre 2013, ainsi que le retenait le rapport d'expertise précité du prof. O_____ et de Mme P_____.
28. Dans une écriture spontanée du 13 juin 2017, l'assureur-accident a indiqué maintenir entièrement ses conclusions, et résumé à nouveau sa position.

EN DROIT

1. a. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie, la décision attaquée étant une décision sur opposition par laquelle l'assureur-accidents confirme sa décision de mettre fin dès le 1^{er} février 2014 aux prestations prévues par la LAA.

b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAA contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAA).

Déposé le lundi 12 septembre 2016 contre une décision sur opposition du lundi 11 juillet 2016, reçue au plus tôt le lendemain, le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai de recours du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 1 LPGA).

Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA).

L'assurée a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

- c. Le recours sera donc déclaré recevable.
2. a. Le recours porte sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin dès le 1^{er} février 2014 aux prestations prévues par la LAA faute, dès cette date-ci, d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident professionnel subi par la recourante le 18 novembre 2013 et les troubles et l'incapacité de travail allégués par cette dernière au-delà du 31 janvier 2014. La recourante estime que l'intimée n'a pas suffisamment instruit le dossier, en violation du principe inquisitoire

régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, pour parvenir à une telle conclusion, selon elle en tout état erronée.

b. Le recours n'a pas pour objet le montant de l'indemnité journalière (art. 16 LAA) que l'intimée a accepté d'allouer à la recourante pour ledit accident jusqu'au 31 janvier 2014. Ni la décision initiale ni la décision sur opposition attaquée s'étant substituée à elle (ATF 131 V 407 consid. 2.1.2.1) ne portent sur cette question, dont l'intimée avait déjà dit, dans sa communication du 13 mars 2014, et a répété dans ses écritures, qu'il l'a réexaminerait, puis statuerait à son propos, ladite indemnité versée à la recourante pouvant avoir été calculée sur la base d'un salaire assuré insuffisant.

3. a. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 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 un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé.

b/aa. 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 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 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 consid. 3b).

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, applicable généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 126 V 319 consid. 5a ; 125 V 193 consid. 2). 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 ; 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b et les références). Demeure toutefois réservé le cas (ici non réalisé) des lésions assimilées à un accident (art. 6 al. 2 LAA ; art. 9 al. 3 aOLAA), qui le sont – et le restent – tant que leur origine malade ou dégénérative n'est pas clairement établie, au-delà du degré de vraisemblance prépondérante (arrêts du Tribunal fédéral 8C_381/2014 du 11 juin 2015 ; 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; 8C_381/2014 du 11 juin 2014 consid. 3.2).

b/bb. Selon une jurisprudence développée en matière d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109; 117 V 359), l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par ex. vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes – qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » – apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral U.580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

c. Le droit à des prestations de l'assurance-accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

c/aa, La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

c/bb. 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 ; 117 V

359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). Il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 115 V 133 consid. 6). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

c/cc. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; 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). La causalité adéquate est admise ou écartée dans ces trois catégories selon les règles suivantes :

- 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 niée d'emblée, sans même qu'il soit nécessaire de trancher le point de savoir si l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'une lésion analogue à une telle atteinte ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.1; 117 V 359 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; 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).

- Lorsque l'accident ne peut être classé ni dans l'une ni dans l'autre de ces deux catégories, et est donc de gravité moyenne, il faut que certains critères objectifs soient réunis pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis, à savoir (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; 117 V 369 consid. 4b). Par ailleurs, ces critères ne doivent pas toujours être tous 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 ; mais 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; 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références). En particulier, en cas d'accident de gravité moyenne, trois critères au moins parmi les sept consacrés dans l'ATF 134 V 109 doivent être réunis pour qu'on puisse admettre un lien de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme cervical ou cranio-cérébral lorsque par ailleurs aucun des critères admis ne revêt en soi une intensité particulière (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5). Dans les accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, quatre critères doivent être donnés (arrêt du Tribunal fédéral 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5).

4. Lorsqu'il y a lien de causalité naturelle et adéquate, l'obligation de prêter de l'assureur est établie. Elle cesse cependant lorsque l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate du dommage, soit lorsqu'il résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n. U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75 consid. 4b).

En principe, il y a lieu d'examiner si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des

assurances sociales. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit pas (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n. U 363 p. 46).

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-accident la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_463/2009 du 23 novembre 2009 consid. 3).

5. a. La plupart des éventualités assurées (notamment 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 (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).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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, 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 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

c. 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).

c/aa. 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. Étant 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).

c/bb. Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis ; il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

c/cc. Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n. U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

c/dd. 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 peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée entre eux (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1).

6. a. La recourante estime que l'intimée a mis fin à ses prestations sans avoir instruit suffisamment le dossier, en particulier sur le plan médical, en violation de la maxime inquisitoire régissant la procédure en matière d'assurances sociales.

b. Selon cette maxime, l'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) doit établir d'office les faits déterminants, sans être lié par les faits allégués et les preuves offertes par les parties, en s'attachant à établir les faits de manière correcte, complète et objective (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss ; Ueli KIESER, op. cit., n. 13 ss ad art. 43, n. 95 ss ad art. 61 ; Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Commentaire thématique, 2011, n. 2623 et 2862 ss). Les parties ont cependant l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ;

à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). On dit à ce propos que s'il dispense les parties de l'obligation de prouver, le principe inquisitoire ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est finalement à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond à la réalité, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 139 V 176 ; Ueli KIESER, op. cit., n. 13 ss ad art. 43 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., p. 500 n. 29).

c. En l'espèce, le fait à prouver audit degré de la vraisemblance prépondérante est de savoir si les troubles le cas échéant incapacitants, voire devenus invalidants, qu'a présentés et semble-t-il présente encore la recourante étaient, du moins depuis le 1^{er} février 2014 et le cas échéant jusqu'à quelle date, dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 18 novembre 2013, lors duquel un enfant de trois ans, s'étant levé subitement, a heurté de sa tête le menton de la recourante alors assise à proximité de lui (et non d'un coup de pied, comme indiqué par erreur dans le rapport du Dr J_____ du 21 mai 2014).

Le fait que l'intimée ait admis, initialement, son devoir de prêter ne modifie guère les données du problème. L'acceptation de l'assureur-accident de prendre en charge un événement annoncé comme accidentel ne le prive pas de la possibilité de modifier son appréciation du cas pour l'avenir, voire rétroactivement aux conditions d'une révision procédurale ou d'une reconsidération au sens de l'art. 53 LPGA. Une telle acceptation n'établit pas le fait d'une causalité naturelle ni ne fige l'appréciation juridique d'une causalité adéquate.

d. Le devoir de mener les investigations idoines porte sur les faits déterminants.

En l'espèce, l'intimée n'a pas contesté que la recourante présentait et continuait alors à présenter une atteinte à la santé, même incapacitante (bien que l'intimée ne se soit guère prononcée sur ce point-ci). Il ne ferait pas de doute que le dossier serait insuffisamment instruit pour retenir le contraire, car l'avis médical du médecin-conseil de l'intimée, peu étayé sur ce sujet, ne pourrait suffire à retenir une absence d'atteinte à la santé et un caractère non incapacitant de l'atteinte évoquée, compte tenu, pris conjointement, des incapacités de travail attestées par les médecins traitants de la recourante ainsi que des avis de la neuropsychologue I_____ des 30 avril 2014 et 4 juin 2015, du Dr J_____ du 21 mai 2014, de la Dre L_____ du 4 octobre 2016 et du rapport d'expertise psychiatrique et neuropsychiatrique du prof. O_____ et de la psychologue P_____ du 30 janvier 2017.

En l'occurrence, le litige se circonscrivant à l'assurance-accident, c'est la question de la causalité des troubles considérés qui est centrale, au point qu'il ne serait pas déterminant de savoir – et donc que pourrait rester non élucidé – si ces troubles perduraient au-delà du 31 janvier 2014, le cas échéant pendant combien de temps et avec quels effets, si un lien de causalité devait être nié, que ce soit sous l'angle de la causalité naturelle ou de la causalité adéquate.

7. a. L'intimée paraît contester ou mettre en doute qu'un lien de causalité naturelle rattache les troubles de la recourante (à savoir essentiellement des troubles neuropsychologiques) au fait d'avoir, le 18 novembre 2013, été heurtée sous le menton par la tête d'un enfant de trois ans s'étant levé subitement.

b. Sans doute un rapport de causalité naturelle n'est-il pas établi du seul fait qu'une atteinte à la santé s'inscrive chronologiquement dans la suite d'un événement assuré. L'aspect séquentiel de surcroît quasi immédiat de la survenance d'un tel événement et de l'apparition d'une atteinte à la santé constitue néanmoins un indice parlant en faveur d'un lien de causalité naturelle.

En l'espèce, s'il apparaîtrait que – de façon en réalité non contestée par la recourante – cette dernière a présenté déjà en septembre 2013 un état de somatisation de type névrotique sur un terrain anxiodépressif (selon son médecin traitant, le Dr H_____) et qu'elle a vécu quatre deuils durant les mois ayant précédé l'accident ici considéré (dont l'assassinat d'une ancienne collègue), il faut relever qu'elle n'a pas pour autant cessé d'exercer son activité professionnelle jusqu'audit accident. Il ne résulte par ailleurs d'aucune pièce du dossier que la recourante aurait présenté, antérieurement à cet accident, des atteintes à la santé telles que des problèmes cervicaux ou cérébraux, des maux de tête, des vertiges, une fatigabilité.

c. De façon générale, il n'est pas nécessaire, pour qu'un lien de causalité naturelle doive être admis, que l'accident considéré soit la cause unique ou immédiate d'une atteinte à la santé ; un tel lien doit être admis si l'événement dommageable, même associé à d'autres facteurs, a provoqué l'atteinte à la santé. En l'espèce, il est hautement vraisemblable que sans le traumatisme crânio-cérébral du 18 novembre 2013, les troubles de la recourante ne se seraient pas produits, du moins pas tous, ou ne seraient pas survenus de la même manière. Au demeurant, s'il est vrai que – comme l'ont relevé notamment le prof. O_____ et la psychologue P_____ dans leur rapport du 30 janvier 2017 – ledit traumatisme n'a laissé aucune séquelle constatable par IRM et sur le plan neurologique, il a laissé sur le plan neuropsychologique les éléments constitutifs classiques d'un syndrome post-commotionnel. Il est d'ailleurs établi que la recourante s'est plainte d'emblée de céphalées, nalgies et de vertiges, troubles s'étant développés en fatigabilité, troubles de la concentration et autres troubles caractérisant le tableau clinique d'un traumatisme cranio-cérébral sans déficit organique objectivable, qui justifie en principe, pour de tels traumatismes, d'admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle.

d. Le médecin-conseil de l'intimée n'a pas apporté d'éléments médicaux convaincants que ce rapport de causalité naturelle, qui doit être admis entre ledit accident et les troubles développés par la recourante, s'était en revanche rompu dès le 1^{er} février 2014, autrement dit que, dès cette date-ci, les troubles présentés par la recourante n'étaient plus dus audit événement.

Le prof. O_____ et la psychologue P_____ indiquent, dans leur rapport d'expertise, que dans le 20 % des cas les symptômes que présentent les personnes atteintes – comme la recourante – d'un syndrome post-commotionnel perdurent plus de six mois, étant en outre rappelé qu'ils imputent clairement ledit diagnostic à l'accident du 18 novembre 2013, précisent que les traits de personnalité immature et histrionique déjà antérieurs de la recourante ne sont pas à l'origine de ses symptômes mais influencent leur expression, et admettent que les troubles de la recourante sont incapacitants. Dans ces conditions, il n'est pas rendu hautement vraisemblable que – comme le retient l'intimée – deux mois et demi à peine après ledit événement accidentel, la recourante ne souffrait plus de troubles causés par ce dernier en termes de causalité naturelle.

C'est le lieu de relever que s'il n'émane pas d'un neurologue, mais d'un psychiatre-psychothérapeute et d'une psychologue (qui ont de surcroît rencontré la recourante), le rapport précité comporte une étude fouillée du dossier et satisfait aux réquisits jurisprudentiels. En tout état, ce rapport n'autoriserait pas à se fonder simplement sur l'avis du Dr E_____, médecin-conseil de l'intimée, pour retenir une rupture du lien de causalité naturelle dès le 1^{er} février 2014, ni non plus sur les objections émises par le Dr Q_____, psychiatre-conseil de l'intimée, qui pourraient en revanche appeler à requérir qu'une expertise complémentaire soit effectuée si la question de la causalité naturelle était ici déterminante.

8. a. Tel ne serait toutefois le cas que s'il fallait admettre que la causalité en question devrait par ailleurs être qualifiée d'adéquate.
- b. L'accident considéré en l'espèce relève de la catégorie des traumatismes cranio-cérébraux sans preuve d'un déficit organique objectivable, assimilés à un traumatisme du type « coup du lapin ». Les constats médicaux effectués dès les lendemains dudit accident, y compris une IRM cérébrale et une radiographie du thorax, n'ont pas permis d'objectiver de lésion. Ce sont essentiellement des troubles cognitifs qui ont été établis. Sans doute des examens radiologiques et d'imagerie médicale effectués près de trois ans plus tard ont-ils objectivé des lésions au niveau du rachis cervical de la recourante, à savoir, s'agissant des radiographies, une rectitude de la courbure cervicale et une uncodiscarthrose C4-C5, C5-C6 et C6-C7, et, s'agissant de l'IRM, une dysharmonie de la courbure cervicale avec discopathie protrusive en C4-C5 et C5-C6 avec débord postérieur médian. Mais ces examens, datant respectivement des 29 août et 1^{er} septembre 2016, ne sont nullement contemporains à l'accident considéré, et ils n'établissent pas que ces lésions ont été provoquées par cet accident (ce ne serait là jamais qu'une hypothèse). Des rapports commentant ces examens, il ressort même, s'agissant des radiographies, qu'il n'y

avait pas d'anomalie de la charnière cervico-occipitale, pas de trouble de la statique dans le plan frontal, pas de lésions osseuse traumatique visible et pas d'épaississement des parties molles pré-cervicales, et, s'agissant de l'IRM, qu'il n'y avait pas d'anomalie de signal de la moelle et de la charnière cervico-occipitale.

Le caractère adéquat d'une causalité naturelle qui se confirmerait le cas échéant entre ledit accident et les troubles de la recourante doit dès lors être apprécié au regard de critères jurisprudentiels, qu'il est ici possible d'appliquer sans que des examens médicaux ou une expertise médicale ne doivent être effectués, les données figurant au dossier étant à cet égard suffisantes et l'appréciation du caractère adéquat de la causalité étant avant tout de nature juridique.

c. Or, il n'est pas contestable que le choc physique que la recourante a subi à la tête lorsqu'un enfant de trois ans s'étant levé subitement l'a heurtée au niveau du menton a été de peu de gravité. La déclaration d'accident du 28 novembre 2013 a fait mention d'un traumatisme crânien léger ; la Dre C_____ (qui a ausculté la recourante le lendemain de l'accident) a posé le diagnostic de trauma maxillo-facial « minime / bagatelle ». Lors de son audition par une collaboratrice de l'intimée, le 11 février 2014, la recourante n'a pas présenté une autre version des faits, attestant d'une violence toute particulière dudit choc, pas plus d'ailleurs par la suite, tant devant l'intimée qu'en cours de procédure contentieuse. Les examens médicaux effectués dans les jours qui ont suivi l'accident n'ont mis en évidence aucun élément justifiant de ne pas classer cet accident dans la catégorie des accidents de peu de gravité. Il s'est agi d'un choc à basse énergie.

Aucune circonstance n'est rendue hautement vraisemblable qui devrait conduire à admettre, exceptionnellement, qu'un tel choc a pu se trouver dans un rapport de causalité adéquate avec les troubles subis par la recourante, à tout le moins dès le 1^{er} février 2014.

d. S'il fallait ranger ledit accident dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (dans la sous-catégorie de ceux qui se situent à la limite des accidents de peu de gravité), force serait de constater que les critères jurisprudentiels devant en outre être réalisés ne le seraient pas.

En effet, les circonstances concomitantes dudit accident n'ont pas été particulièrement dramatiques ou impressionnantes (la recourante n'a pas même dû être hospitalisée) ; aucune lésion d'une gravité ou d'une nature particulière n'a été objectivée (la recourante n'a pas perdu connaissance) ; le traitement administré ne peut être qualifié notamment de pénible en lui-même (le traitement prescrit a consisté en la prise d'antalgiques et de myorelaxants, en repos et en séances de physiothérapie) ; il n'est pas établi d'erreur médicale qui aurait aggravé notablement les séquelles de l'accident.

Au demeurant, cette dernière question, comme d'ailleurs celle de l'importance d'une incapacité de travail en dépit d'efforts pour reprendre une activité professionnelle, peuvent être laissées ouvertes, dès lors que quatre des six critères

posés par la jurisprudence doivent être réunis pour qu'un rapport de causalité adéquate doive être admis pour cette catégorie d'accidents et que tel n'est en tout état pas le cas.

e. Force est de conclure qu'un rapport de causalité adéquate doit être nié, à tout le moins dès le 1^{er} février 2014.

C'est dire que l'intimée n'était pas tenue de verser des prestations en faveur de la recourante, du moins plus depuis le 1^{er} février 2014.

9. S'avérant ainsi mal fondé, le recours sera rejeté.

10. a. La procédure est gratuite, la recourante n'ayant pas fait montre de légèreté ou de témérité (art. 61 let. a LPGA).

b. Dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause, la recourante n'a pas droit à une indemnité de procédure (art. 61 let. g LPGA), ni non plus l'intimée en tant qu'organisation chargée de tâches de droit public (ATF 112 V 44 consid. 3).

* * * * *

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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