

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3250/2015

ATAS/472/2017

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 juin 2017

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée p.a. M. B_____; à GENEVE,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Raymond
de MORAWITZ

recourante

contre

AXA ASSURANCES SA, sise General-Guisan-Strasse 40,
WINTERTHUR, p.a. AXA WINTERTHUR Assurance collective
de personnes sise ch. de Primerose 11, LAUSANNE

intimée

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1966 et d'origine bolivienne, est séparée de son mari bolivien et mère de cinq enfants restés en Bolivie. Elle est arrivée en Suisse en 2003 et y a travaillé, sans permis de travail, comme garde d'enfants. A ce titre, elle était assurée auprès d'AXA Assurances SA contre le risque d'accidents.
2. Le 24 novembre 2013, elle a été agressée par son compagnon qui lui a asséné un coup de poing, provoquant une fracture d'enfoncement du plancher de l'orbite gauche, s'étendant à la paroi latérale et interne du sinus maxillaire et atteignant le canal du nerf infra-orbitaire, avec hémato-sinus et présence de fragments osseux intra-sinusal. Il y avait également une fracture déplacée des os du nez et une fracture sous-jacente de la cloison nasale. Ces lésions ont nécessité une intervention chirurgicale le 6 décembre 2013, consistant en réduction et ostéosynthèse des fractures. Le cas a été pris en charge par l'assureur-accidents.
3. Le 14 avril 2014, l'assurée a fait l'objet d'un bilan cognitif au service de neurologie des HUG. Le rapport y relatif des docteurs C_____ et D_____ a conclu à un syndrome dysexécutif caractérisé par des difficultés de programmation de mémoire de travail dont l'origine était probablement multifactorielle et non lésionnelle. A titre de causes, ils ont mentionné un état dépressif réactionnel dans un contexte de perte de l'image de soi et d'un post-trauma faciale, un syndrome douloureux, un trouble du sommeil et, dans une moindre mesure, les effets toxico-métaboliques des psychotropes.
4. Le 28 mai 2014, le docteur E_____ du service de psychiatrie générale des HUG a diagnostiqué une dépression majeure d'intensité sévère. Durant le suivi ambulatoire du 20 décembre 2013 au 20 mars 2014, l'assurée avait profité du cadre contenant et rassurant du programme crise, ce qui avait permis une amélioration notable de l'humeur. Le pronostic était bon à long terme, sous réserve qu'elle continuât à être prise en charge au niveau psychiatrique. Un traitement par antidépresseurs restait indispensable afin de diminuer la symptomatologie dépressive et prévenir une rechute. Une reprise de travail dans un milieu moins stressant pourrait être envisageable d'ici six mois, sous réserve des autres séquelles de l'accident.
5. Selon le rapport du 3 juin 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur des HUG, l'assurée souffre de douleurs faciales neurogènes, lesquelles se présentent sous forme d'électricité, de brûlures et d'élançements très intenses de brève durée. Les douleurs sont fortes au réveil, avant la prise des médicaments, d'une intensité à 6/10, puis diminuées pour devenir supportables au cours de la journée. Lorsqu'elle mange, parle ou est stressée, les douleurs augmentent. A la maison, elle ressent quatre à cinq crises violentes durant quelques minutes par jour, mais lorsqu'elle est stressée, le nombre augmente jusqu'à plusieurs par heure. Seuls les médicaments soulagent les douleurs. La physiothérapie les améliore parfois, mais peut aussi les aggraver. Malgré les douleurs, l'assurée assure les tâches ménagères en les fractionnant, elle regarde la

télévision dont son scintillement peut toutefois déclencher des crises. Le Tramadol est partiellement efficace, mais la Prégabaline a dû être stoppée à cause d'une intolérance. La doctoresse F_____ dudit centre a fait enfin des propositions de modification du traitement antalgique.

6. Selon l'attestation du 30 juillet 2014 de Monsieur G_____, psychologue à l'unité interdisciplinaire de médecine et de prévention de la violence (UIMPV) des HUG, l'assurée continue à être suivie dans cette unité. Lors de la prise en charge, elle a présenté une réaction aiguë post-traumatique de forte intensité avec une symptomatologie évocatrice d'un état de stress aigu (anxiété, troubles du sommeil, cauchemars, reviviscence des scènes de violence, ruminations anxieuses, hypervigilance), ainsi que des symptômes de la lignée dépressive (perte de l'élan vital, tristesse, sentiment de désespoir, pleurs fréquents, idéation noire). Il y a une très bonne adhésion au traitement, ce qui contribue à une amélioration de la symptomatologie globale. Cependant, au vu d'une situation non encore suffisamment compensée sur le plan de sa santé globale, il est important que le suivi psychologique se poursuive.
7. Selon le rapport d'évaluation du 18 août 2014 de l'Office de l'assurance-invalidité, dans le cadre de la détection précoce de l'invalidité, l'assurée s'occupait chez son ancien employeur, outre la garde des enfants, également du ménage, du repassage, du linge et des repas. Elle a déclaré qu'elle n'arriverait pas à s'occuper des enfants à cause des douleurs en permanence. Elle ne pensait pas pouvoir continuer à travailler.
8. Le 20 août 2014, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
9. En novembre 2014, l'assurée a été soumise à une expertise pluridisciplinaire au Centre d'expertise médicale (CEMed) par les docteurs H_____, spécialiste FMH ORL, I_____, psychiatre FMH, et J_____, neurologue FMH. Dans leur rapport du 14 janvier 2015, ces médecins ont posé les diagnostics suivants : atteinte post-traumatique de la branche V2 gauche (chiffre romain V pour 5^{ème} nerf crânien, soit le nerf trijumeau) avec possible participation du V1 ipsilatéral, douleur faciale neurogène post-traumatique, status après ostéosynthèse d'une disjonction orbito-nasale gauche et fracture pluri-fragmentaire de la paroi du sinus maxillaire gauche; épisode dépressif actuellement d'intensité légère sans syndrome somatique, en voie de rémission; état de stress post-traumatique qui semblait également sur le décours. Les atteintes somatiques présentaient un lien de causalité certain avec l'accident. Ce lien de causalité était vraisemblable pour les troubles psychiques. Trois mois après l'expertise, soit fin janvier 2015, le *statu quo ante* devait avoir été atteint sur le plan psychique. Quant à la capacité de travail, elle était nulle pendant une période de trois mois après l'agression, puis de 50 % pendant les trois mois suivants. Par la suite, elle était totale. Sur le plan psychique, une incapacité de travail temporaire devait être admise jusqu'à fin janvier 2015. Il ressort par ailleurs de ce rapport que l'assurée se plaignait de la persistance de douleurs faciales gauches avec une zone hypo-dysesthésique au front et à la joue. En raison de ces troubles, elle n'avait pas

repris son activité de garde d'enfants, mais continuait à s'occuper de son ménage. Sur le plan psychique, elle ressentait une tristesse qui pouvait être de forte intensité (8/10) mais qui était fluctuante selon les semaines et ne durait pas toute la journée. A cela s'ajoutait une fatigue (8/10) qu'elle attribuait aux effets secondaires sédatifs des différents médicaments qu'elle prenait. Elle avait toujours confiance en elle-même et une bonne estime de soi, même si elle avait pu se sentir coupable et en colère contre elle-même après l'agression, pour avoir repris contact avec son ami qui avait déjà été violent précédemment. Elle décrivait également des difficultés à se concentrer et des oublis. Depuis l'accident, elle suivait une psychothérapie. Sur le plan objectif, l'examen clinique montrait une femme légèrement déprimée et ralentie. A une reprise, durant l'entretien avec l'experte psychiatre, elle avait été prise par une crise douloureuse. Elle avait aussi des difficultés à se souvenir des dates importantes de son passé. Le contenu de la pensée était fixé sur les douleurs chroniques lui rappelant l'agression subie et toutes les conséquences sur sa vie professionnelle, ainsi que les inquiétudes concernant son avenir financier et son incapacité à aider financièrement les enfants restés au pays. La compliance était bonne. Les symptômes dépressifs résiduels étaient à mettre sur le compte des douleurs chroniques et de la situation socio-économique difficile de l'assurée.

10. Selon le rapport du 22 décembre 2014 de la doctoresse K_____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée présente notamment un état dépressif secondaire aux douleurs faciales neurogènes. Sa capacité de travail est nulle et le pronostic mauvais. Dans les limitations, elle a mentionné que la patiente ne pouvait se concentrer.
11. Dans son rapport de clôture relatif aux mesures professionnelles du 27 janvier 2015, l'OAI a constaté que l'assurée n'était manifestement pas en mesure de suivre une mesure d'intégration professionnelle, dès lors qu'elle se plaignait de fortes et fréquentes douleurs qui la démobilisaient et engendraient de l'inquiétude.
12. Le 19 février 2015, l'assurée a contesté les conclusions de l'expertise, par l'intermédiaire de son conseil, estimant qu'elle était toujours incapable de travailler. Elle s'est fondée sur un certificat médical du 27 janvier 2015 de la Dresse K_____ faisant état de douleurs faciales neurogènes, de somnolence diurne secondaire au traitement opiacé, de dépression sévère et de fracture pluri-fragmentaire du sinus maxillaire gauche avec disjonction orbito-nasale. Les douleurs étaient constantes, selon ce médecin, sous forme d'électricité, de brûlures et d'élançements de très brève durée. Il n'y avait aucune raison de penser que ces symptômes diminueraient ou disparaîtraient. Le pronostic à moyen terme était mauvais. L'assurée a en outre indiqué qu'elle était actuellement hospitalisée à la Clinique genevoise de Crans-Montana et a mis en exergue que la névralgie du trijumeau constituait une des douleurs les plus intenses que l'on connaissait. Il s'agissait de crises de douleurs brèves paroxystiques, survenant périodiquement et pouvant se transformer en une douleur chronique. Ses douleurs étaient traitées massivement par des antidouleurs aux effets secondaires très invalidants. Or, l'expertise du CEMed ne mentionnait

pas ces effets secondaires et ne faisait aucun lien entre son état actuel et ses médicaments.

13. Du 11 au 23 février 2015, l'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana. Dans leur rapport du 27 février 2015, les médecins de cette clinique ont posé le diagnostic principal de douleurs chroniques de l'hémiface gauche et mentionné à titre de comorbidités actives notamment un trouble dépressif réactionnel et une obésité. Il y a aussi un déconditionnement général, une suspicion d'un syndrome d'apnées du sommeil (SAS) et une cytolysse hépatique minime. L'assurée se plaignait à l'entrée de douleurs persistantes de l'hémiface gauche, mal soulagées par le traitement actuel, qui entraînait une forte somnolence. Les médecins de ladite clinique ont modifié le traitement médicamenteux, avec amélioration de la somnolence et une légère amélioration des autres symptômes en fin de séjour, l'assurée indiquant être moins douloureuse et plus détendue. Une physiothérapie d'antalgie, de détente et de mobilisation douce avait aussi permis une bonne diminution des douleurs. Une consultation sommeil avec une polysomnographie devrait être organisée pour objectiver le SAS.
14. Selon le rapport du 2 mars 2015 de la doctoresse L_____, spécialiste en médecine interne, et Monsieur G_____, l'assurée y était suivie depuis son accident. Elle présentait une symptomatologie compatible avec un état dépressif moyen, notamment une thymie triste avec des pleurs fréquents, une anhédonie et de l'inappétence sans perte pondérale. Elle était moins fonctionnelle dans la vie quotidienne, négligeant ses tâches ménagères. Au niveau social, elle était isolée, n'avait pas envie de sortir et de nouer des relations. Elle présentait une fatigue et une hypersomnie, associée au traitement médicamenteux antidouleur qui semblait avoir un effet sédatif. Ce tableau clinique avait nécessité une augmentation du traitement antidépresseur en janvier 2015, ce qui avait entraîné une légère amélioration, tout comme la très bonne adhésion au traitement de la part de l'assurée. Néanmoins, il y avait une importante fluctuation de l'état de santé psychique en lien avec une situation sociale précaire, ce qui nécessitait la poursuite de la psychothérapie et du traitement médicamenteux.
15. Le 20 mars 2015, le docteur M_____, pneumologue, a informé la Dresse K_____ que l'assurée présentait une somnolence et une fatigue sévère (5.8 points en moyenne, sur une échelle de 1 à 7). Une oxymétrie de dépistage pathologique et la clinique faisaient suspecter un SAS. Les apnées pouvaient être obstructives, mais une composante centrale n'était pas exclue, au vu du traitement d'opiacés. D'autres éléments pouvaient participer à la fatigue et à la somnolence, tels qu'un trouble moteur périodique des membres inférieurs ou une thymie dépressive.
16. Selon le rapport respiratoire du 31 mars 2015 du Dr M_____, sur la base d'une polygraphie nocturne, le tracé était compatible avec un syndrome d'apnées/hypopnées du sommeil mixte, obstructives et centrales, de degré léger. Il y avait de nombreuses apnées centrales sans caractère périodique sans composante

positionnelle. Ce pneumologue a proposé une diminution des opiacés si l'antalgie le permettait.

17. Dans leur rapport d'expertise complémentaire du 2 avril 2015, les Drs J_____ et I_____ ont relevé que l'atteinte organique post-traumatique était indubitable, mais qu'ils avaient observé certains facteurs de majoration des symptômes, alors même que, sur le plan psychique, seul un état dépressif d'intensité légère était objectivable au moment de l'expertise. L'assurée ne se plaignait pas d'anhédonie, de repli social, de diminution de l'estime de soi ni de culpabilité, et ne présentait pas d'idées suicidaires. Elle arrivait à prendre de la distance de son humeur dépressive en se distrayant (lecture de la bible ou lèche-vitrines par exemple). L'humeur dépressive et le ralentissement psychomoteur étaient plutôt légers. La posologie de l'antidépresseur restait faible à moyenne et, à ce dosage, ce médicament n'avait pas d'effets sédatifs importants, même si le profil des effets secondaires restait individuel. Les effets sédatifs étaient probablement liés à la prise concomitante de Temgésic. Il y avait également un contexte socio-économique défavorable pouvant jouer un rôle dans l'importance des plaintes et dans l'incapacité de travail. Les experts ont admis que des douleurs neurogènes importantes et un traitement antalgique majeur, tel qu'administré à l'assurée, pouvaient avoir une influence sur la capacité de travail. Néanmoins, l'incapacité de travail, dans l'activité exercée par l'assurée, était en l'occurrence plus liée à des facteurs socioprofessionnels indépendants du traumatisme. Au demeurant, les médicaments antalgiques étaient généralement bien tolérés et n'entraînaient au plus qu'une sédation tolérable dans le cadre d'une activité professionnelle, hormis dans certaines professions telles que pilote d'avion, conducteur de train etc. Les experts étaient néanmoins disposés à discuter avec le médecin traitant, ainsi que les spécialistes ORL et de la douleur, dans le but de réapprécier la situation professionnelle de l'assurée. Ne connaissant pas les raisons spécifiques de l'hospitalisation de celle-ci à la Clinique genevoise de Crans-Montana, ils ne pouvaient se prononcer sur l'indication de cette hospitalisation et sa relation de causalité éventuelle avec l'accident. Les experts ont ainsi maintenu leurs conclusions précédentes, tout en mettant en exergue qu'ils n'étaient pas en mesure de donner un avis sur l'évolution actuelle des troubles sans examiner l'assurée à nouveau.
18. Selon le rapport du 6 mai 2015 de la Dresse K_____, l'assurée présente des douleurs de type décharge électrique fugace et invalidantes dans les suites d'une fracture pluri-fragmentaire de l'hémiface gauche au niveau du sinus. Malgré un traitement chirurgical optimal et la guérison des lésions osseuses, une neuropathie responsable des douleurs subsiste. Elle souffre également d'un état dépressif sévère secondaire à cette situation et d'une somnolence durant la journée consécutive au traitement médicamenteux antalgique. L'examen neurologique révèle une hyperesthésie du territoire du cinquième nerf crânien correspondant à une sensibilité désagréable en regard de la partie du visage concerné. L'assurée est triste et sa voix monocorde.

19. Dans son rapport du 8 mai 2015, la doctoresse N_____ du service de chirurgie maxillo-faciale et de chirurgie buccale des HUG a diagnostiqué des algies hémifaciales gauches, une hypoesthésie et une paresthésie, ainsi qu'un syndrome dépressif. Il n'y avait pas de limitations du point de vue maxillo-facial.
20. Par décision du 7 mai 2015, l'assureur-accidents a mis un terme au versement des indemnités journalières au 31 janvier 2015 pour l'ensemble des lésions et troubles consécutifs à l'accident, sur la base des expertises du CEMed. Le traitement en cours relatif aux lésions somatiques (médication contre la douleur et contrôles médicalement justifiés) et les frais découlant de l'ablation du matériel d'ostéosynthèse continuaient à être pris en charge. L'éventuelle atteinte à l'intégrité sera évaluée une fois l'état stabilisé, soit en principe deux ans après l'accident. S'agissant des troubles psychiques, l'assureur-accidents a considéré que les critères pour reconnaître une causalité adéquate entre ces troubles et l'accident n'étaient pas remplis au regard de la jurisprudence en la matière.
21. Le 4 juin 2015, l'assurée a formé opposition à cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant implicitement à son annulation et à l'octroi des indemnités journalières dès février 2015, en raison des troubles psychiques. Elle a contesté que son état dépressif ne fût que d'une intensité légère, tout en estimant que cela ne correspondait pas au cours ordinaire des choses. Les douleurs fulgurantes et une lourde médication lui provoquaient une grave dépression. L'affirmation, selon laquelle des facteurs de majoration, lesquels n'avaient au demeurant pas été précisés par les experts, seraient la cause de sa dépression, n'était pas fondée sur des données médicales objectives et était dès lors arbitraire. Il ne faisait pas de doute que, sans l'accident, elle aurait continué à travailler comme auparavant et pour les mêmes employeurs. Quant à l'activité habituelle, il était notoire que la garde d'enfants requérait une attention de chaque instant, des nerfs solides et un éveil constant. La garde d'enfants était aussi une grande source de stress, ce qui était incompatible avec son état de santé. Par ailleurs, le CEMed n'avait même pas tenté de démontrer qu'elle ne souffrait pas des effets secondaires aux médicaments. L'instruction du dossier était en outre incomplète, le CEMed se disant prêt à discuter avec le médecin traitant et avec les spécialistes ORL, ainsi que de la douleur, dans le but de réapprécier sa situation professionnelle. De plus, les experts ont conclu qu'ils ne pouvaient donner un avis sur l'évolution actuelle sans l'examiner à nouveau. Il était ainsi nécessaire que le CEMed se mette en contact avec ses médecins traitants, avant de statuer.
22. Par décision du 28 juillet 2015, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assurée et a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours, en reprenant pour l'essentiel son argumentation précédente.
23. Par acte du 19 septembre 2015, l'assurée a recouru contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et à des mesures d'instruction complémentaires, ainsi que, principalement, à la condamnation de l'intimé au versement des indemnités

journalières depuis le 1^{er} février 2015. Les conclusions de l'expertise du CEMed étaient orientées et arbitraires. Par ailleurs, ce centre n'offrait pas les garanties d'indépendance requises, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise neutre était nécessaire. Concernant l'effet suspensif, elle a fait valoir que la causalité adéquate devait être admise, en raison des graves séquelles persistantes, telles que des douleurs violentes et subites dans la tête, la médication très forte, notamment de type morphinique, la somnolence, l'angoisse permanente au sujet de la prochaine crise douloureuse et la dépression importante. Ces séquelles l'empêchaient de travailler normalement, notamment dans la surveillance des enfants. Elle avait quitté la Bolivie et laissé derrière elle une situation familiale pénible, source d'anxiété, augmentée par le fait que son séjour en Suisse était dépourvu d'autorisation de séjour. Néanmoins, seule sa mauvaise santé et les douleurs dont elle souffrait étaient la cause de la dépression profonde et non pas les circonstances concomitantes.

24. Dans sa réponse du 19 octobre 2015, l'intimée a conclu au rejet du recours, en niant la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques. Ce faisant, l'intimée a considéré qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne, à la limite inférieure, sans circonstance concomitante particulièrement dramatique ou impressionnante. Les lésions subies n'étaient pas non plus à elles seules propres à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience générale de la vie, en l'absence d'une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse. La durée du traitement médical n'était pas anormalement longue. L'intimée a également nié la persistance de douleurs importantes, en se fondant en particulier sur le moment de l'agression. Aucune erreur ni des difficultés ou complications importantes ne s'étaient présentées au cours de la guérison. Une incapacité de travail importante ne pouvait non plus être retenue, dès lors que les experts avaient préconisé une reprise du travail. Quant aux effets secondaires des médicaments, ils n'étaient pas prouvés.
25. Par décision du 20 octobre 2015, la chambre de céans a refusé la restitution de l'effet suspensif.
26. Le 11 novembre 2015, la recourante a subi une ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau du maxillaire.
27. Le 2 décembre 2015, l'Office de l'assurance-invalidité a produit, à la demande de la chambre de céans, le dossier constitué de la recourante.
28. Le 5 janvier 2016, la recourante s'est déterminée sur ce dossier et a persisté dans sa demande. La réalité des lancées de douleurs au niveau de la tête ressortait du rapport relatif à son entretien du 28 avril 2014 avec l'OAI. En outre, une totale incapacité de travail en raison d'une dépression majeure d'intensité sévère, en relation de causalité adéquate avec l'agression, était attestée par les HUG le 28 mai 2014. Du rapport du 3 juin 2014 du Centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur résultait que les douleurs pouvaient certes diminuer avec

les médicaments, mais ne disparaissaient pas, de sorte que la recourante ne pouvait pas travailler normalement. Le rapport du 30 juillet 2014 de l'UIMPV démontrait que le stress posttraumatique et la dépression étaient à l'évidence en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'agression. La Dresse K_____ a confirmé le 27 janvier 2015 l'importance des douleurs et de la dépression, et que le traitement opiacé induisait une très gênante somnolence. La persistance des douleurs, nécessitant la prescription de nouveaux médicaments, était aussi constatée par la Clinique Montana, dans son rapport du 27 février 2015.

29. Le 5 février 2016, la Dresse K_____ a fait savoir à la chambre de céans que, malgré l'ablation du matériel d'ostéosynthèse en novembre 2015, il n'y avait aucune amélioration des douleurs.
30. Le 12 février 2016, le docteur M_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, a communiqué à la chambre de céans ses rapports des 20 et 31 mars 2015.
31. Par écriture du 7 mars 2016, l'intimée a persisté dans ses conclusions, considérant qu'aucun élément nouveau n'était mis en évidence, dès lors que les plaintes de somnolence et de fatigue étaient connues de longue date et avaient déjà été prises en compte par l'expertise du CEMed.
32. Le 14 mars 2016, la recourante a également persisté dans ses conclusions, relevant que les conséquences de l'agression subie se faisaient sentir jusque dans le sommeil, en raison du traitement médicamenteux sévère dont elle ne pouvait se passer. L'incapacité de travail complète persistait.
33. Par ordonnance du 26 mai 2016, la chambre de céans a mis en œuvre deux expertises judiciaires et les a confiées aux docteurs O_____, psychiatre-psychothérapeute FMH, et P_____, neurologue FMH. Ce dernier n'ayant finalement pas accepté le mandat, il a été remplacé par le docteur Q_____, neurologue FMH, par ordonnance du 12 juillet 2016.
34. Par jugement du 22 novembre 2016, le Tribunal correctionnel a reconnu l'agresseur de la recourante coupable notamment de lésions corporelles graves et de séjour illégal, l'a condamné à une peine privative de liberté de deux ans et a révoqué un sursis octroyé précédemment à une peine privative de liberté de deux ans. L'agresseur était par ailleurs condamné à payer CHF 30'000.- à la recourante à titre d'indemnité pour tort moral. Le Tribunal correctionnel a retenu que le prévenu avait asséné un coup de poing au visage de la recourante d'une telle force qu'il a fracturé le plancher orbital et les os du nez, et que les conséquences de ce coup étaient dramatiques, la recourante souffrant de douleurs chroniques et invalidantes qui persisteront sa vie durant. Elle avait été opérée deux fois et hospitalisée à de nombreuses reprises. En raison des lésions et des opérations chirurgicales subies, son visage avait changé, la forme du nez s'étant modifiée et la face gauche étant gonflée. Depuis ces faits, la recourante était en incapacité de travail et sous médication depuis trois ans, devant trouver un équilibre entre l'effet antalgique des

médicaments et ses effets secondaires. Ses souffrances physiques et psychiques étaient assimilables à des lésions corporelles graves.

35. Dans son expertise du 24 novembre 2016, le Dr Q_____ a posé les diagnostics de neuropathie douloureuse du nerf trijumeau gauche post-traumatique, de status après disjonction orbito-nasale gauche et fracture plurifragmentaire de la paroi intérieure du sinus maxillaire gauche, ainsi que de status après réduction ostéosynthèse par un abord bi-temporal, transconjonctival et endo-buccal. Jusqu'en février 2015, l'incapacité de travail avait été de 100 % au niveau physique. Depuis lors, la symptomatologie est compensée, considérée comme supportable et est plutôt liée à une éventuelle composante psychologique et aux effets secondaires médicamenteux. A l'heure actuelle, la recourante donnait l'impression d'avoir épuisé ses ressources et de ne pas être en mesure de reprendre une activité professionnelle. Le pronostic pourrait être favorable avec l'adaptation du traitement médicamenteux. Les douleurs alléguées par la recourante, ainsi que leur intensité étaient crédibles. Au degré de la vraisemblance prépondérante, l'atteinte du nerf trijumeau était propre à provoquer des troubles dépressifs et cognitifs tels que mis en évidence au bilan cognitif de la recourante en avril 2014. Le traitement antalgique provoquait une fatigue excessive et de la somnolence. Toutefois, la capacité de travail résiduelle ne pouvait être estimée de manière isolée sans tenir compte de l'appréciation de l'experte psychiatre. L'expert a en outre exposé que, classiquement, la névralgie du trijumeau se manifestait par des accès douloureux extrêmement intenses, en général cotés au maximum de l'échelle subjective et déclenchés par stimulation d'une zone dite « gâchette » (ou trigger-zone). Les douleurs pouvaient ainsi être provoquées par le fait de parler, mâcher, se brosser les dents et avaler. Il a ainsi estimé que jusqu'en février 2015, le tableau décrit par la recourante, à caractère de douleurs extrêmement fréquentes, déclenchées au moindre stimulus, type manger, parler et porter des lunettes, avec un caractère très invalidant était plausible. Depuis février 2015, à savoir la modification du traitement lors de son hospitalisation à la Clinique genevoise de Montana, la recourante reconnaissait que la situation était devenue davantage supportable, les douleurs ayant diminué en fréquence. Elles étaient jugées supportables, d'autant plus qu'avec l'aide de son psychiatre traitant, l'expertisée estimait qu'elle gérait mieux la douleur. Celle-ci était toutefois toujours cotée haut sur l'échelle subjective, soit à 7/10, avec quatre brefs épisodes par jour, parfois une à deux fois par nuit. Ce tableau douloureux ne permettait guère d'expliquer les importantes répercussions en termes professionnelles et vie quotidienne. Cependant, la recourante était traitée par un traitement lourd contre les douleurs, soit une thérapie basée sur cinq médicaments, antidépresseurs, opiacés et antiépileptiques, tous de type psychotropes et pouvant entraîner une fatigue et une somnolence. L'affirmation des experts du CEMed, selon laquelle les médicaments étaient généralement bien tolérés et n'entraînaient au plus qu'une sédation tolérable était fautive dans la situation de la recourante. En outre, la tolérance de ces médicaments variait beaucoup d'un individu à un autre. Selon l'expert, le degré de gravité

fonctionnelle était conséquent en raison des douleurs très sévères et invalidantes, ainsi que le tableau de somnolence et de fatigue, dont l'origine médicamenteuse était plausible. Quant au contexte social, l'expert a admis que les éventuelles contraintes sociales ne pouvaient être prises en considération si elles avaient directement une conséquence fonctionnelle négative. Cependant, le contexte social devait être pris en considération pour apprécier les ressources mobilisables que l'assuré pouvait tirer du contexte de vie et des soutiens dont il bénéficiait dans son réseau social. Dans le cas d'espèce, la recourante se trouvait dans une situation des plus défavorables sur ce plan. Il n'y avait par ailleurs aucun élément d'incohérence et, selon les dires de la recourante, son atteinte à la santé se répercutait de manière uniforme dans tous les domaines de la vie. La compliance était manifestement satisfaisante, même si la recourante ne prenait pas les comprimés de Neurontin. Sur le plan médical, le traitement pourrait être optimisé par un changement des médicaments. De ce fait, sur le plan strictement somatique, le pronostic pourrait être favorable à moyen terme.

36. Le 13 janvier 2017, la recourante a fait observer que l'interprète ne s'était pas présenté au rendez-vous et qu'elle n'avait de ce fait pas compris toutes les questions de l'expert, vu son faible niveau en français. Elle considérait ainsi qu'elle n'avait pu pleinement s'exprimer et qu'elle n'avait peut-être pas toujours été comprise. Néanmoins, elle ne contestait pas la teneur globale de l'expertise. Quant au changement du traitement médicamenteux préconisé par l'expert, notamment l'augmentation de la Carbamazépine, c'était précisément ce dernier médicament qui la rendait très somnolente, de sorte qu'une telle médication n'irait pas dans le sens d'une amélioration de la capacité de travail. En ce qui concerne le médicament Neurontin, elle n'avait pas de prescription pour celui-ci. Au demeurant, l'expert n'établissait pas qu'elle était capable de travailler et relevait que les effets secondaires des médicaments induisaient clairement une limitation de la capacité de travail. La névralgie du trijumeau avait aussi pour conséquence qu'elle vivait isolée, pour ne pas devoir subir des crises en public, et qu'elle ne pouvait aller au soleil, l'augmentation de température des plaques qui tenaient son visage déclenchant des crises, tout comme le froid et/ou le vent par la baisse de température. Cela étant, elle a considéré qu'elle était totalement incapable de travailler.
37. Dans son rapport d'expertise reçu le 31 janvier 2017, la Dresse O _____ a émis le diagnostic d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques. Les limitations fonctionnelles consistaient en une baisse de l'élan vital, une fatigabilité, des troubles de la mémoire et de la concentration, d'une tristesse et du désespoir. La capacité de travail était nulle sur le plan psychiatrique. Le syndrome dépressif était réactionnel à l'agression et aux douleurs neurogènes du nerf trijumeau, si bien que la corrélation était indiscutable entre cette agression et les conséquences psychiques. Le trouble dépressif n'était par ailleurs pas essentiellement dû à des facteurs psychosociaux. Au contraire, ce trouble a aggravé la situation

psychosociale. Le traitement était optimal et la compliance très bonne. L'experte a en outre exposé que, dans les situations d'exile ou d'éloignement « forcé », l'argent représentait souvent une forme de monnaie d'échange, un contrat tacite permettant d'évacuer le sentiment de culpabilité d'avoir abandonné la famille. Cet abandon était ainsi justifié par une forme de sacrifice pour une cause moralement acceptable. Lorsque le contrat n'était pas rempli, les exilés ressentaient souvent un intense sentiment de honte et de culpabilité, rendant le retour au pays difficile. L'agression du 23 novembre 2013 représentait dans ce contexte une rupture brutale, un changement complet de paradigme, d'autant plus que la recourante ne s'attendait absolument pas à être frappée. Dans les mois qui avaient suivi l'agression, la recourante avait souffert d'un syndrome de stress aigu, lequel n'est actuellement plus retrouvé. L'experte a également précisé que la recourante n'avait pas eu le temps de se rendre compte de ce qui se passait au moment où elle a été frappée, qu'elle avait vécu dans la terreur de mourir ensuite et avait ainsi eu largement le temps de se réapproprier de façon subjective l'extrême gravité de cet acte. En présence d'un ralentissement psychomoteur discret, d'une baisse d'élan vital, une perte d'intérêts, de troubles du sommeil avec inversion du rythme nyctéméral, d'hypersomnie non imputable totalement aux médicaments antalgiques, de désespoir récurrent, de sentiment de culpabilité excessive, de tristesse, d'irritabilité, le diagnostic de syndrome dépressif d'intensité sévère devait être retenu. Celui-ci avait pris le relais du syndrome de stress aigu et s'était chronicisé au fil des mois, malgré un traitement antidépresseur, une compliance qualifiée de très bonne par les médecins et un voyage bref en Bolivie pour rechercher le soutien de ses proches. Les symptômes dépressifs avaient très probablement une influence sur le vécu des douleurs, mais à l'inverse, celles-ci ramenaient à chaque fois la recourante à son agression et à tout ce qu'elle avait perdu, si bien qu'elle entretenait une idéation dépressive. La localisation centrale des douleurs aboutissait aussi à une forme d'obnubilation et de prostration. Les patients souffrant de telles douleurs s'isolaient, se calfeutraient et se repliaient sur eux-mêmes. Il y avait enfin un taux de suicide plus élevé.

38. Le 23 février 2017, la recourante a persisté dans ses conclusions, en insistant en particulier sur la médication très lourde et les nombreux effets secondaires, rendant une vie normale impossible. Ainsi, la recourante s'est ralliée aux conclusions de l'expertise de la Dresse O_____.
39. Par écriture du 1^{er} mars 2017, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. L'expert neurologue avait estimé que l'incapacité de travail était liée depuis février 2015 essentiellement à une éventuelle composante psychologique, ce qui était confirmé par l'experte psychiatre. L'intimée s'est en outre étonnée de ce que la recourante se fût rendue en Bolivie à la fin de l'année passée, la durée d'un tel voyage oscillant entre vingt-quatre et trente-cinq heures. Il y avait aussi une importante discrédance entre les plaintes de la recourante lors de l'expertise au CEMed et celle de la Dresse O_____. En effet, elle avait déclaré aux médecins du

CEMed ne pas être repliée, avoir du plaisir à parler avec ses enfants, ses amis et sa sœur, ainsi que de faire du lèche-vitrines et avoir un appétit conservé. Elle ne faisait pas de sieste durant la journée. Cela tranchait avec ses déclarations à la Dresse O_____, selon lesquelles elle dormait pendant vingt heures par jour. Il semblait que l'experte psychiatre se fût limitée à prendre en compte les plaintes de la recourante, sans en vérifier l'authenticité. L'intimée n'était pas non plus convaincue par les explications de la Dresse O_____ concernant le ressenti subjectif de la gravité de l'acte. Elle a estimé par conséquent que les conclusions de celle-ci ne sauraient être suivies aveuglément, au contraire de celles des experts du CEMed qui avaient pris la peine de prendre en considération les plaintes et les facteurs objectifs.

40. Lors de son audition en date du 23 mars 2017, la recourante a déclaré ce qui suit, en partie par l'intermédiaire d'une traductrice :

« Je ne suis jamais retournée en Bolivie depuis mon arrivée à Genève.

Si l'expert psychiatre a mentionné que j'avais fait un voyage en Bolivie fin 2015, ça s'explique éventuellement par le fait qu'il avait demandé à la LAVI de l'argent, afin que je puisse passer les fêtes de fin d'année dans ma famille. Cependant, la LAVI n'a pas donné cet argent, si bien que je n'ai pas pu aller en Bolivie.

Depuis 2015, les douleurs ont certes perdu de leur intensité et sont devenues moins fréquentes. Toutefois, la médication antalgique a engendré plus d'effets secondaires qui ont provoqué une fatigue et une somnolence plus grandes.

Je n'arrive pas à faire le ménage. C'est ma fille qui le fait. Elle est arrivée à Genève pour m'aider et pour gagner un peu d'argent, afin de soutenir la famille restée en Bolivie.

Je n'arrive pas non plus à cuisiner, car je suis très distraite et me brûle souvent. Il est arrivé également que j'avais oublié une casserole sur le feu, m'étant endormie, de sorte que tout était brûlé. Je me nourris essentiellement de yaourts et de sandwiches, ainsi que de biscuits.

J'ai perdu de ce fait ces derniers mois environ dix kilos, après avoir beaucoup grossi.

Je ne considère pas que c'est une bonne chose, dès lors que je souffre énormément de douleurs et que je voudrais que cela finisse. »

Remarque de la Présidente : la recourante continue ses déclarations en français et pleure.

« Sur la remarque de la Présidente que je devrais supporter mes douleurs toute ma vie, je précise que je ne peux pas l'accepter. Cela m'avait déjà été dit à la Clinique de Montana. Il m'est insupportable d'admettre que je vais souffrir toujours.

Ma fille habite dans le même appartement que moi et elle loue une chambre qu'elle occupe avec une autre personne, ne pouvant assumer un loyer pour une chambre

pour elle seule (CHF 1'000.- par mois). Elle a trouvé un emploi en tant que garde d'enfants pour un salaire de CHF 1'000.- par mois.

Je ne fais aucun paiement, sauf pour le loyer que je donne de mains à mains au bailleur. Toutes les autres factures sont payées par l'Hospice général. Mon assistante sociale s'occupe de tout.

Prochainement, l'Hospice général va m'attribuer une chambre dans un foyer.

Je n'ai pas fait de demande d'asile, mais seulement une demande de permis.

« Je ne fais pas grand-chose et dors toute la journée et la nuit. Ma fille me cuisine parfois des plats et je mange pour lui faire plaisir. Toutefois, je n'ai pas faim. Je ne mange jamais avec ma fille et je ne sors pas avec elle. Une fois elle m'a invitée à sortir avec des amis et je m'étais préparée. Par la suite, je me suis toutefois endormie.

Pour les fêtes de fin d'année, j'étais invitée avec ma fille chez des amis. Comme je ne voulais pas venir, les amis sont venus chez moi. J'étais dans un premier temps très contente pour ma fille. Mais au bout d'un petit moment, j'avais envie qu'ils partent, car j'étais très fatiguée.

Je ne me douche pas tous les jours, car parfois je m'endors et ne me réveille pas. Je ne me sens pas non plus sale. Je ne vais pas non plus chez le coiffeur. Ma fille essaye de m'amener chez le coiffeur, mais je préfère me couper les cheveux moi-même, car je crains d'être trop fatiguée au retour et de souffrir à l'extérieur d'une crise douloureuse. Je mets ensuite un gel pour que mes cheveux ne soient pas trop dressés sur ma tête. »

Remarque de la Présidente : La recourante a une coupe courte tout à fait jolie.

« Lors des crises douloureuses, je préfère être seule et me cacher, ce qui fait que je m'isole encore plus.

Au début, je ne comprenais pas la douleur, ce qui me provoquait des crises d'angoisse. C'est la raison pour laquelle j'ai été hospitalisée à Belle-Idée. Puis, j'ai été suivie au CAPPI. Là-bas, un psychiatre m'a aidée à comprendre la douleur et à vivre avec. Je n'ai ainsi aujourd'hui plus d'idées noires. Je parle beaucoup avec la Dresse K_____, afin qu'elle m'aide à trouver un médicament me permettant de mener une vie normale. J'ai toujours l'espoir que cela puisse aller mieux.

Ce qui m'empêche de travailler sont effectivement la somnolence et la fatigue, mais aussi les douleurs dont j'ignore quand elles arrivent. J'en souffre même dans mon sommeil. J'ai constamment peur que la douleur arrive, en particulier lorsque je sors, je parle ou que je porte quelque chose de lourd. La douleur peut survenir aussi avec le soleil, le vent et le froid. Mais il est vrai que les douleurs ne sont aujourd'hui plus aussi fortes qu'au début. Si elles étaient sur l'échelle des douleurs de 10/10 auparavant, elles sont aujourd'hui de 7/10 et moins fréquentes.

A la Clinique de Montana, un médecin m'a dit que j'avais le choix entre dormir ou supporter la douleur. Néanmoins, aujourd'hui je dors moins. Avant d'aller à la Clinique de Montana, je dormais même en mangeant. Depuis lors, les patches de morphine que j'utilise sont moins forts.

Ma fille m'a teinté les cheveux à deux reprises après la dernière opération.

Lors de cette opération, on m'a enlevé une plaque sous l'œil gauche dans l'espoir que cela diminuerait la douleur. Et effectivement, pendant une semaine, je n'ai pas senti de douleurs du tout, peut-être à cause de l'anesthésie. Malheureusement, elles sont revenues par la suite.

La procédure AI est en cours et je ne sais pas où elle en est.

Je ne comprends pas comment la Dresse O_____ a pu indiquer que je suis allée en Bolivie, que j'aurais vu ma famille et que je me serais rendue sur la tombe de mes parents. En effet, je ne m'y suis pas rendue, n'ayant pas d'argent. C'était pour le cas où j'aurais pu aller en Bolivie.

Deux/trois fois par semaine j'ai des contacts avec mes enfants restés en Bolivie via Whats'App. Toutefois, mes contacts sont brefs, car je suis fatiguée.

A part la somnolence et la fatigue, les médicaments provoquent également une constipation et des douleurs à l'estomac. Le patch de morphine me cause une allergie. Je perds beaucoup de cheveux. J'ai aussi beaucoup de problèmes de mémoire. Régulièrement j'oublie les rendez-vous avec le psychologue ou je me prépare et m'endors, avant même de sortir. Maintenant, je ne prends plus de rendez-vous avec le psychologue, car je dois payer les rendez-vous manqués de ma poche et je n'ai pas cet argent, car l'Hospice général refuse de les prendre en charge. »

41. Le 3 avril 2017, la Dresse K_____ a fait savoir à la chambre de céans que le trouble dépressif de la recourante s'était aggravé depuis l'expertise du CEMed, celle-ci présentant une humeur triste constante avec des crises d'angoisse et envie de mourir. Son trouble dépressif s'était provisoirement amélioré, après son retour de la Clinique genevoise de Montana en février 2015. Après quelques semaines, il s'était de nouveau aggravé et était resté sévère et inquiétant par la suite. Le médecin traitant a relevé l'intégrité et la sincérité de la recourante qui continuait à lutter tous les jours pour vivre dignement et à se défendre contre les idées noires. Elle ne reconnaissait pas la recourante telle qu'elle était décrite dans l'expertise du CEMed, considérant que l'évaluation était sommaire et les conclusions hâtives, celles-ci ne prenant pas en considération la réalité et le lien évident entre l'accident et les symptômes et signes cliniques. L'expertise ne rendait par ailleurs pas compte de la situation particulière et singulière de la recourante. Ses conclusions n'étaient ainsi pas crédibles. Concernant l'expertise neurologique du Dr Q_____, ses propositions thérapeutiques étaient crédibles, mais probablement pas possibles à mettre en pratique dans la vraie vie, en raison notamment de l'échec de la baisse des opiacés. Enfin, elle adhérait totalement à l'expertise psychiatrique de la Dresse O_____.

42. Le 3 avril 2017, le Dr Q_____ a complété son expertise du 24 novembre 2016. Il a précisé que le tableau clinique actuel était d'origine psychologique à 80 % et d'origine médicamenteuse à 20 %. En termes de capacité de travail, celle-ci était toutefois de 100 % sur le plan psychiatrique, même en l'absence de médication antalgique.
43. Dans ses écritures du 25 avril 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur les expertises judiciaires et en relevant que l'incapacité de travail n'était contestée par aucun des experts. Cette incapacité de travail était en rapport à l'agression, dès lors qu'elle était la conséquence de la névralgie provoquée par l'accident, des effets secondaires des médicaments et de la dépression sévère.
44. Par écriture du 27 avril 2017, l'intimé a notamment relevé que les troubles de la recourante étaient d'origine psychologique, dont le lien avec l'accident devait être apprécié par les critères établis par le Tribunal fédéral.
45. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, 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.

2. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
3. Le litige porte sur la question de savoir si la recourante peut prétendre aux prestations de l'assureur-accidents, à savoir au paiement d'indemnités journalières ou à une rente, en d'autres termes si les atteintes à la santé sont en lien de causalité avec l'accident du 24 novembre 2013 et quelle est leur répercussion sur la capacité de travail.
4. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

-
5. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

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

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

b. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas

objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral(ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

c. Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 in SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 in SVR 2012 UV n° 23 p. 84; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un

accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue.

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

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

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

- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/bb; ATF 115 V 403 consid. 5c/bb).

7. a. En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Ce droit s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2).
b. À teneur de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme.
8. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b).
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 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).

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).

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

9. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).
10. a. En l'occurrence, selon l'expert neurologue, la recourante présente essentiellement une neuropathie du nerf trijumeau post-traumatique. Les douleurs alléguées et leur intensité sont crédibles. Il est également plausible que, jusqu'en février 2015, les douleurs étaient extrêmement fréquentes et déclenchées au moindre stimulus, de type manger, parler et porter des lunettes, si bien qu'elles étaient très invalidantes. Toutefois, depuis février 2015, à savoir depuis l'hospitalisation de la recourante à la Clinique genevoise de Montana, les douleurs ont diminué en fréquence, selon

l'expert Q_____, même si elles sont toujours cotées sur l'échelle subjective à 7/10 avec quatre brefs épisodes par jour, parfois un à deux par nuit. A cela s'ajoute que la recourante subit un traitement antalgique lourd fondé sur cinq médicaments, à savoir des antidépresseurs, opiacés et antiépileptiques, qui peuvent entraîner une fatigue et une somnolence. A cet égard, l'expert Q_____ a réfuté l'affirmation des experts du CEMed, selon lesquels les médicaments sont généralement bien tolérés et entraînent au plus une sédation tolérable. En effet, la tolérance de ces médicaments varie beaucoup d'un individu à un autre. En l'occurrence, le tableau de somnolence et de fatigue d'origine médicamenteuse est plausible. Jusqu'en février 2015, l'incapacité de travail était nulle, essentiellement en raison des douleurs. Depuis lors, la symptomatologie est considérée comme supportable, si bien que l'incapacité de travail est dès cette date plutôt liée à une éventuelle composante psychologique et aux effets secondaires médicamenteux.

Quant à l'experte psychiatre judiciaire, elle constate un épisode dépressif sévère et une capacité de travail nulle sur le plan psychiatrique. Le syndrome dépressif est réactionnel à l'agression subie et aux douleurs neurogènes, si bien qu'il y a une corrélation indiscutable entre l'accident et les conséquences psychiques.

b. Ces expertises remplissent assurément les critères établis par le Tribunal fédéral pour leur reconnaître une pleine valeur probante. En effet, elles ont été établies en connaissance du dossier médical, reprennent les plaintes de la recourante, reposent sur des examens cliniques approfondis et leurs conclusions sont clairement motivées.

c. L'intimée met cependant en doute les conclusions de l'expertise psychiatrique judiciaire, se prévalant notamment de ce que la recourante se serait rendue en Bolivie fin 2016, comme cela est mentionné dans cette expertise. Toutefois, entendue le 23 mars 2017 par la chambre de céans, la recourante a contesté s'y être rendue et il n'y a pas de raison de mettre en doute cette affirmation, au vu de ses déclarations claires et convaincantes. Au demeurant, un voyage dans sa famille n'aurait pu avoir que des effets positifs sur sa dépression, en dépit de la fatigue qu'il engendre.

L'intimée s'étonne aussi de la discrédance entre les plaintes de la recourante lors de l'examen par les experts du CEMed en 14 novembre 2014 et celui par la Dresse O_____, dès lors que la recourante avait déclaré audit centre ne pas être repliée, avoir du plaisir à parler avec ses enfants, ses amis et sa sœur. Elle leur a également indiqué faire du lèche-vitrine, avoir un appétit conservé et avoir même pris du poids. Elle ne faisait pas de sieste pendant la journée. Or, à la Dresse O_____, elle déclare dormir 20h/24h. Aux premiers experts, elle n'a pas fait état d'idées de mort ni d'idées suicidaires contrairement à ce qu'elle déclare deux ans plus tard aux experts O_____ et Q_____.

Cependant, la Dresse K_____ atteste que le trouble dépressif de la recourante s'est aggravé depuis l'expertise du CEMed, dans son courrier du 3 avril 2017 à la

chambre de céans. Par conséquent, le seul fait que les plaintes de la recourante aux experts judiciaires étaient différentes de celles exprimées au CEMed n'est pas décisif.

Au demeurant, ses plaintes lors de cette première expertise ne sont en réalité pas si différentes de celles exprimées aux experts judiciaires. En effet, il est noté dans l'expertise CEMed que malgré de l'ensemble des mesures thérapeutiques, ses douleurs ne se sont pas amendées significativement (p. 4 en bas). La recourante signale une somnolence importante, à prédominance matinale, cause de son incapacité de travail, même à temps partiel, étant précisé qu'elle met aucune limitations fonctionnelle d'ordre psychique en avant. Sous plaintes actuelles est mentionnée la persistance de douleurs faciales gauches. Sur le plan psychique, elle fait état d'une tristesse qui peut être de forte intensité (8/10), mais qui est fluctuante selon les semaines et ne dure pas toute la journée, tout en admettant qu'elle arrive à se distraire ne lisant la Bible et en faisant du lèche-vitrine. Elle a tendance à dormir beaucoup, de 22h à 10h30. Même si elle ne fait pas de sieste durant la journée, elle ressent une fatigue d'une intensité de 8/10 pendant toute la journée et a tendance à s'endormir, lorsqu'elle s'assied et ne fait rien, ce qu'elle attribue aux effets secondaires des médicaments. Elle décrit aussi des difficultés à se concentrer et des oublis et se déclare plutôt pessimiste concernant sa santé (p. 5 s.). Enfin, dans l'appréciation finale de l'expertise du CEMed sont mentionnés une tristesse et des pleurs (p. 13).

La différence entre les expertises judiciaires et celle du CEMed réside en fait dans un examen plus superficiel de la recourante et une minimisation des douleurs, de leur répercussion sur la capacité de travail et des effets secondaires de la médication antalgique lourde. Il semble que les experts du CEMed n'aient en réalité pas pris en compte des plaintes de la recourante. Au demeurant, ceux-ci concèdent, dans leur complément d'expertise du 2 avril 2015, qu'il y a lieu de réapprécier la situation sur le plan des effets secondaires des médicaments, après discussion avec le médecin traitant, les spécialistes ORL et de la douleur. Ils admettent aussi que des douleurs neurogènes importantes et un traitement antalgique majeur peuvent avoir une influence sur la capacité de travail.

L'expertise du CEMed est par ailleurs contredite par l'évolution de la santé psychique de la recourante subséquente. En effet, trois mois après cette expertise, en février 2015, elle a été hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana en raison d'un trouble dépressif réactionnel aux douleurs chroniques, mal soulagées par le traitement médicamenteux qui engendre de surcroît une forte somnolence. Dans le rapport du 2 mars 2015 de l'UIMPV est émis le diagnostic d'état dépressif moyen avec une thymie triste et pleurs fréquents, une anhédonie et inappétence. La recourante néglige les tâches ménagères, est isolée et présente une fatigue et une hypersomnie. Le traitement antidépresseur a dû être augmenté en janvier 2015.

Aussi bien le Dr Q_____ que la Dresse O_____ ont jugé les plaintes de la recourante comme crédibles et sincères. Telle est également l'impression donnée

par la recourante lors de son audition par la chambre de céans, et l'appréciation du médecin traitant. Certes, les experts du CEMed ont déclaré avoir observé certains facteurs de majoration des symptômes. Toutefois, ils ne précisent pas comment cette majoration se manifeste, la justifiant uniquement par le fait que seul un état dépressif d'intensité légère est objectivable. Cependant, comme relevé ci-dessus, l'état dépressif, l'intensité des douleurs et les effets secondaires des médicaments sont sous-évalués. A tout le moins, ces derniers experts auraient dû retenir que l'état thymique est fluctuant, comme la recourante l'a du reste déclaré et comme cela résulte du dossier médical.

En tout état de cause, selon l'expert Q_____, une incapacité totale de travailler doit être admise jusqu'en février 2015 en raison des atteintes physiques, soit jusqu'à la fin du séjour à la Clinique genevoise de Montana qui a permis une amélioration des symptômes.

Il n'appert pas non plus que l'incapacité de travail est la conséquence de facteurs socio-économiques défavorables. En effet, l'intensité des douleurs, laquelle persistera probablement à vie, est établie. Selon le Dr Q_____, ces douleurs sont propres à provoquer un état dépressif réactionnel. A cela s'ajoute le traitement antalgique très lourd qui provoque une somnolence majeure. Même avec un environnement soutenant, en l'absence de soucis financiers et de sentiments de honte et de culpabilité liés à la situation de l'exil, il paraît plausible que les douleurs intenses et la somnolence provoquent un trouble dépressif réactionnel, comme l'ont admis au demeurant les experts judiciaires. Ils ont ainsi attribué aux atteintes psychiques de la recourante une valeur de maladie.

Cela étant, la chambre de céans juge convaincantes les conclusions des expertises judiciaires et admettra par conséquent une incapacité de travail totale en raison des douleurs, des troubles psychiques et du lourd traitement antalgique.

11. a. Il ne fait pas de doute que la névralgie du trijumeau présente un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident survenu. Ce fait n'est en effet contesté par aucun médecin.
- b. La causalité naturelle entre le trouble dépressif et l'accident est également admise par les experts. Toutefois, dès lors que l'incapacité de travail de la recourante est liée depuis février 2015 plutôt aux troubles psychiques et non pas seulement aux douleurs et aux effets secondaires du traitement, il convient d'examiner, en fonction des critères établis par notre Haute Cour, si ces troubles sont également dans un rapport de causalité adéquate avec l'agression subie.

En l'espèce, la recourante a subi un coup de poing violent au visage qui a provoqué une fracture d'enfoncement du plancher de l'orbite gauche, s'étendant à la paroi latérale et interne des sinus maxillaires et atteignant le canal du nerf infra-orbitaire, avec hémato-sinus et présence de fragments osseux intra-sinusien. Il y avait aussi une fracture déplacée des os du nez et une fracture sous-jacente de la cloison nasale. Au vu de la violence de cette agression, caractérisée par les lésions

importantes au visage, cet accident doit être classé dans les accidents de gravité moyenne, à la limite de l'accident grave.

Néanmoins, les circonstances concomitantes ne peuvent pas être considérées comme particulièrement dramatiques ou impressionnantes, en particulier en raison de la brièveté de l'agression, même si elle a provoqué des dégâts majeurs, ainsi que du fait que la recourante a immédiatement perdu connaissance. Selon ses propres déclarations, notamment à la Dresse O _____, elle n'a pas eu le temps d'avoir peur.

Il convient toutefois d'admettre que le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques est rempli et que ces lésions sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. En effet, la recourante souffre d'une atteinte au nerf trijumeau qui provoque des douleurs faciales neurogènes aiguës se présentant sous forme d'électricité, de brûlures et d'élancements très intenses de brève durée (cf. rapport du 3 juin 2014 du centre multidisciplinaire d'étude et de traitement de la douleur). Le Dr Q _____ constate que cette atteinte du nerf trijumeau est propre à provoquer des troubles dépressifs et cognitifs tels que mis en évidence au bilan cognitif de la recourante en 2014. Il explique également qu'une telle névralgie se manifeste par des accès douloureux extrêmement intenses, en général coté au maximum de l'échelle subjective. Ces douleurs sont très sévères et invalidantes, toujours selon le Dr Q _____. L'experte O _____ expose que les patients souffrant de telles douleurs s'isolent, se calfeutrent et se replient sur eux-mêmes. Il y a aussi un taux de suicide plus élevé.

Il convient également d'admettre que la durée du traitement médical, avec deux opérations, a été anormalement longue. Au demeurant, le traitement, du moins antalgique, durera la vie durant.

Le critère des douleurs physiques persistantes est assurément rempli et se manifeste avec une grande intensité encore aujourd'hui, en dépit d'un traitement antalgique majeur, même si les douleurs ont diminué en fréquence depuis le séjour de la recourante à la Clinique genevoise de Montana. Néanmoins, elles se manifestent toujours sur l'échelle des douleurs à 7/10.

Cependant, il n'y a pas d'erreur dans le traitement médical, ni de difficultés apparues au cours de la guérison ou des complications importantes.

L'incapacité de travail due aux seules lésions physiques, à savoir l'atteinte du nerf trijumeau, doit par ailleurs être qualifiée de particulièrement longue. En effet, même en admettant que, depuis l'agression de novembre 2013, les douleurs ne sont responsables de l'incapacité de travail totale que jusqu'en février 2015, une incapacité de travail durable due aux effets secondaires de la lourde médication devrait encore être admise à 20%, selon le Dr Q _____.

Il appert ainsi que, sur les sept critères établis par le Tribunal fédéral, quatre sont remplis. De surcroît, deux de ces critères, à savoir la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, ainsi que la persistance des douleurs, se

manifestent avec une grande intensité. La causalité adéquate du lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident doit par conséquent être reconnue.

12. a. Se pose encore la question de savoir si la recourante peut prétendre au paiement d'indemnités journalières, conformément à ses conclusions, et/ou à une rente postérieurement au 31 janvier 2015.

Dans sa décision du 7 mai 2015, l'intimée a considéré elle-même que l'état de santé de la recourante n'était pas encore stabilisé. La recourante a au demeurant dû être encore hospitalisée à la Clinique genevoise de Montana en février 2015 et a fait l'objet d'une ablation du matériel d'ostéosynthèse en novembre 2015. Cela étant, il y a lieu de considérer que l'état de santé doit être considéré comme stabilisé en janvier 2016, après la phase postopératoire, dès lors que plus aucune amélioration des atteintes à la santé ne pouvait en principe être attendue de la continuation du traitement dès cette date.

La recourante présentant une incapacité de travail totale en lien avec l'accident de novembre 2013, elle a donc droit aux indemnités journalières dès le 1^{er} février jusqu'au 31 décembre 2015, puis à une rente d'invalidité entière. Pour le calcul de celle-ci, ainsi que pour celui de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée.

b. Enfin, la recourante a également droit à la prise en charge du traitement médical des lésions psychiques et somatiques en rapport avec l'accident jusqu'au 31 décembre 2015 (art. 10 LAA). Dès cette date, elle a droit à la prise en charge de la médication et des contrôles médicalement justifiés relatifs aux atteintes psychiques et somatiques (art. 21 al. 1 let. d LAA).

13. Le recours sera ainsi admis, la décision querellée annulée, en ce qu'elle a refusé à la recourante les prestations à partir du 1^{er} février 2015. La recourante sera par ailleurs mise au bénéfice d'indemnités journalières du 1^{er} février au 31 décembre 2015, puis d'une rente d'invalidité entière, ainsi que du traitement médical au sens des considérants. Enfin, la cause sera renvoyée à l'intimée pour le calcul de cette rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
14. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 4'000.- lui est octroyée à titre de dépens.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 28 juillet 2015, en ce qu'elle a refusé à la recourante les prestations dès le 1^{er} février 2015.
4. Met la recourante au bénéfice d'indemnités journalières du 1^{er} février au 31 décembre 2015, puis d'une rente d'invalidité entière dès le 1^{er} janvier 2016, ainsi que du traitement médical au sens des considérants.
5. Renvoie la cause à l'intimée pour le calcul de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 4'000.- à titre de dépens.
7. Dit que la procédure est gratuite.
8. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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