

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3409/2014

ATAS/198/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 mars 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à VÉSENAZ

recourante

contre

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

intimée

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Présidente ; Willy KNÖPFEL et Georges ZUFFEREY, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée, la patiente ou la recourante), née le _____ 1962, domiciliée à Genève, a travaillé pour la société B_____ SA dès le 1^{er} octobre 2012, en qualité de responsable administrative, à plein temps, pour un salaire mensuel de base de CHF 5'800.-, treize fois l'an. À ce titre elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA (ci-après : l'assureur ou l'intimé).
2. Le 9 novembre 2012 son employeur a annoncé un accident à l'assureur : le 31 octobre 2012, vers 12h10, l'assurée, selon ses explications, avait été agressée verbalement par une collègue qui voulait la frapper, sur le lieu de travail. À la demande de la directrice des ressources humaines elle avait dû quitter l'agence, son congé lui étant notifié avec effet au 7 novembre 2012 (pendant le temps d'essai); elle était dispensée de travailler. On lui avait fait signer sa lettre de licenciement sur-le-champ. Elle était bouleversée et en état de choc, ce qui avait provoqué un malaise et sa chute dans les escaliers, l'assurée se blessant à la cheville, au coude et à l'épaule gauches, ainsi qu'à la colonne cervicale.

Elle s'est rendue, le jour-même, à la Clinique chirurgicale des Acacias, qui a posé le diagnostic de cervicalgie et omalgie post-traumatiques et prescrit une immobilisation et des anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sans hospitalisation. Une incapacité de travail à 100 % a été constatée, pour une durée probable au 5 novembre 2012. Deux jours plus tard, le Docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie, (ci-après: le médecin traitant) a constaté des contusions aux coude, cheville et épaule gauches et une entorse cervicale légère. Il a confirmé une incapacité totale de travailler et délivré un arrêt de travail d'une durée probable d'un mois dès la survenance de l'accident, qui fut prolongé à plusieurs reprises par la suite. L'assureur a pris cet accident en charge. Il a servi des prestations de frais médicaux et d'indemnités journalières.

3. Une IRM cervicale a été pratiquée le 22 novembre 2012, pour recherche de fracture occulte. La doctoresse D_____, radiologue FMH, conclut ainsi : rectitude du segment cervical. Absence d'argument en faveur d'une lésion osseuse traumatique. Très légère discopathie protrusive C5-C6 sans image de conflit disco-radiculaire. Légère uncarthrose bilatérale C5-C6 à prédominance gauche.
4. Le 7 janvier 2013, le médecin-traitant a certifié que l'incapacité de travail se prolongeait, pour une durée indéterminée. Un élément nouveau était apparu : des paresthésies dans les 2 membres supérieurs, avec vertiges et céphalées. Elle était adressée à un neurologue.
5. Le 18 janvier 2013, la doctoresse E_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assurée. Elle présentait un cortège de symptômes, suite à l'accident du 31 octobre 2012, soit : céphalées, vertiges, cervicalgies, paresthésies diffuses, acouphènes, troubles de la concentration et du sommeil. À l'examen neurologique, la musculature cervicale est tendue et douloureuse. Pas de déficit sensitivo-moteur,

ni des réflexes ni de syndrome vestibulaire congruent. Le tableau clinique évoque un syndrome de stress post-traumatique avec un syndrome douloureux avec notamment des cervicalgies et des céphalées cervicogènes. Elle conseille vivement à la patiente de reprendre progressivement une activité physique (vélo, fitness), les exercices de relaxation pour la musculature cervicale, et de continuer les séances de physiothérapie ; elle recommande la poursuite du traitement antidépresseur Seropram à visée antalgique pour les troubles de la thymie et d'envisager une prise en charge par un psychiatre ou un psychologue.

6. L'assurée a été entendue par un inspecteur accident du service prestations de la SUVA Genève le 14 février 2013. Elle a déclaré qu'il n'y avait aucun progrès dans son état de santé : elle souffrait toujours de douleurs aux cervicales, épaules, irradiations dans la colonne dorsale, céphalées, vertiges.... En revanche il n'y avait plus de problèmes significatifs aux genou et coude gauches.
7. Une radiographie et une IRM de l'épaule gauche ont été pratiquées le 26 février 2013, pour un bilan, suite aux douleurs persistantes. Le Dr. F_____, radiologue FMH, concluait : déchirure partielle modérée au niveau de la jonction myotendineuse proximale du faisceau antérieur du supra-épineux sans argument pour une déchirure transfixiante et sans signes de rétractation des fibres myotendineuses. Remaniements dégénératifs modérés de l'articulation acromioclaviculaire.
8. Une IRM cérébrale a été pratiquée le 27 février 2013: la Dresse D_____ conclut : pas de processus pathologique intracrânien. Sinusite sphénoïdale gauche à composante exsudative.

Le 1^{er} mars 2013 la Dresse E_____, neurologue FMH, a adressé un rapport au médecin-traitant : elle relève notamment que la patiente se plaint de vertiges mal systématisés, fluctuants, de bourdonnements dans les oreilles. Elle présente toujours un engourdissement de l'hémiface gauche. Elle concluait que l'assurée présente un tableau de syndrome de stress post-traumatique avec un syndrome douloureux important, des céphalées, des vertiges, des acouphènes, des troubles de la sensibilité, de la concentration et du sommeil, des épisodes d'allure crise de panique.... Une prise en charge psychiatrique est indispensable. Les douleurs de l'épaule évoquent une bursite ou une arthropathie de l'épaule surajoutée. Il n'était pas nécessaire de compléter le bilan par un examen ENMG.

9. Le 4 mars 2013, la Dresse G_____ a établi un rapport intermédiaire pour la SUVA. Le diagnostic était: syndrome douloureux post-traumatique (céphalées, cervicalgies, omalgies). Les symptômes persistent voire s'aggravent ces dernières semaines (cervicobrachialgies, vertiges). L'état n'était pas stabilisé.
10. Le 6 mars 2013, dans un rapport intermédiaire, le médecin-traitant indique, sous «évolution» : syndrome post-traumatique hybride somato-psychique au pronostic moyen. La patiente a été envoyée chez le neurologue, puis chez le psychiatre.

11. En date du 22 mars 2013, l'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la SUVA. Après avoir recensé et résumé tous les éléments médicaux alors au dossier et pris note des plaintes subjectives de la patiente, il a fait les constatations suivantes : aucun trouble de la marche. Elle est capable de marcher sur la pointe des pieds et sur les talons sans problème. On décèle d'une façon évidente des troubles de la thymie de type dépressif. Elle pleure pendant l'examen, dès qu'on rappelle l'événement conflictuel à l'origine de son problème. Il a procédé à un certain nombre d'examens. Subjectivement, l'assurée évoque une panoplie de symptômes et signale une limitation de la mobilité de son épaule gauche. Objectivement il constate une diminution de la mobilité de son épaule gauche. Il a expliqué à l'assurée que sa colonne a des anomalies de type dégénératif évidentes. Une IRM de l'épaule gauche a également mis en évidence des anomalies de type dégénératif. Le radiologue évoque aussi une fissure non transfixiante du supra-épineux et des anomalies dégénératives associées. Cliniquement il existe des limitations de la mobilité qui peuvent être cohérentes avec une contusion de cette épaule. Un traitement est en cours par un orthopédiste et une infiltration est prévue ce jour-là. Sur le plan psychiatrique, dans les suites d'une agression sur son lieu de travail, elle a pris finalement contact avec un psychiatre qui la suit. Le cas n'est pas, à l'heure actuelle, suffisamment stabilisé du point de vue organique car il persiste des anomalies au niveau de son épaule gauche. Il s'agit selon lui de la déstabilisation temporaire d'un état antérieur. Il propose de refaire le point à 2 mois en ce qui concerne le problème d'épaule. Si l'incapacité de travail devait continuer, il conviendrait de demander l'avis du psychiatre-conseil pour le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique.
12. Un scanner cérébral a été pratiqué le 8 avril 2013 : le Docteur H_____, spécialiste en neuroradiologie, conclut ainsi: données tomodensitométriques cérébrales sans anomalie notable; en particulier, il n'y a pas d'argument en faveur d'une lésion hémorragique post-traumatique intra ou extra-axiale. Sur le plan osseux, il n'y a pas d'argument en faveur d'une fracture de la base du crâne ou de l'occiput.
13. Le 22 avril 2013, la doctoresse I_____, psychiatre et psychothérapeute FMH, indique à l'assureur un diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, et précise que tous les symptômes de la patiente sont en lien avec ce diagnostic. Elle estime le pronostic bon à moyen terme.
14. Dans un rapport intermédiaire du 27 mai 2013, le médecin-traitant pose le diagnostic de « syndrome cervical post-traumatique et décompensation psychique ? sinistrose », et remarque qu'il s'agit d'un « cas très difficile à comprendre. Réactions hystéroïdes ? ».
15. Le 17 juin 2013 le docteur J_____, spécialiste FMH en orthopédie et traumatologie, spécialiste épaule-coude, à qui la patiente a été adressée, considère au vu des examens auxquels il a procédé, ainsi qu'à l'anamnèse, que le traumatisme a pu faire décompenser des lésions dégénératives, mais ne participe, selon lui, pas au gros du complexe symptomatologique. Les changements dégénératifs à l'IRM

cervicale peuvent totalement correspondre à un état normal associé à l'âge de la patiente. Comme tout traumatisme cervical mineur, il est difficile de corréliser les résultats objectifs avec l'état subjectif. Il y a donc possibilité d'une décompensation douloureuse mais elle est certainement influencée négativement par l'état psychique actuel de la patiente. Il conseille une prise en charge multidisciplinaire (psychiatrie/neurologie/orthopédie et rééducation). Il suggère la clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR) pour quelques semaines. Il ne voit pas de résolution à court/mi-terme.

16. Le psychiatre-conseil de l'assureur, le Docteur K_____, a examiné l'assurée en date du 3 juillet 2013. Il pose le diagnostic de troubles de l'adaptation, avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43. 22). Il n'a pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, car si effectivement l'assurée a vécu un choc psychologique, on ne peut pas estimer que ce vécu de menace ait eu les caractéristiques d'un événement stressant exceptionnellement menaçant ou catastrophique.
17. De nombreuses investigations médicales complémentaires ont eu lieu dans le courant de l'automne 2013. Un séjour à la CRR a été prévu.
18. Dans un rapport du 28 novembre 2013, la Dresse I_____ expose : « Mme A. m'a été adressée par son médecin généraliste..., en mars 2013, pour ... " troubles pré et post traumatiques ". Nous avons entamé un suivi psychothérapeutique à raison d'une fois par semaine. Force étant de constater qu'elle présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques liés à un mobbing et harcèlement psychologique au travail. De plus un malheureux accident est venu aggraver l'état de santé physique de ma patiente qui n'a pas amélioré la symptomatologie psychique. S'est ajouté à sa symptomatologie un état de stress post-traumatique lié aussi au harcèlement subi au travail qu'elle a dû quitter dans des conditions étranges (sans explications sensées pour licenciement). Les flash-back, insomnies, reviviscence des scènes passées au travail, le développement d'un épisode dépressif, une anxiété avec aboulie et anhédonie. De plus Mme A. a développé une agoraphobie avec une peur panique de rencontrer "ces personnes qui l'ont harcelée". Bref l'état de santé psychique de ma patiente ne pouvait guère s'améliorer rapidement et sans un retour de la part de ses ex-employeurs pour "s'expliquer "de la situation. Elle a dû entamer un traitement antidépresseur pour pouvoir pallier à certains de ces symptômes insupportables. Elle a dû se battre pour trouver les bonnes personnes pour soigner ses cervicalgies qui ont été mises au début sur le compte du stress post-traumatique (qui ne l'est pas !). La concentration devenait de plus en plus difficile pour elle et donc la recherche d'un emploi compliquée malgré ses compétences. Elle n'a jamais eu de tels problèmes dans le passé. Aucun antécédent psychiatrique à noter, ni un changement dans son environnement naturel mise à part le travail, qui nous démontre tout de même la très plausible cause de la problématique de dégradation de santé psychique de Mme A. A noter que Mme A. ne présente pas de maladie de Charcot qui, comme décrit dans le rapport du Dr

C_____, se réfère à la névrose hystérique. Ma patiente ne présente aucun élément en faveur d'un tel trouble de personnalité... »

19. Au début janvier 2014, l'assurée a décidé de changer de médecin-traitant.
20. Le 14 janvier 2014, l'assurée a rempli, sur requête de l'assureur, une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité.
21. Le 21 janvier 2014 le Docteur L_____, spécialiste en neurochirurgie aux HUG, a posé les diagnostics suivants : discarthrose sévère C5-C6 ; antélisthésis dégénératif C4-C5 ; troubles de la statique cervicale.
22. L'assurée a effectué un séjour à la CRR du 8 avril au 6 mai 2014 pour une évaluation pluridisciplinaire. Il ressort de l'avis de sortie du 6 mai 2014 les diagnostics suivants : cervicalgies chroniques ; troubles dégénératifs aux cervicales; discrets signes de tendinopathie du tendon du muscle supra-épineux gauche. Co-morbidité : troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, au décours.
23. le 12 mai 2014, la CRR (Drs M_____ et N_____) a rendu son rapport de sortie, comprenant plusieurs annexes, soit divers rapports médicaux spécifiques. Le rapport principal a été modifié après coup, sur quelques points de la partie « appréciation et discussion », suite à certaines remarques formelles de l'assurée, la version du 10 juin 2014 remplaçant celle du 12 mai. Une annexe, soit le rapport de consultation relatif à l'appareil locomoteur, de la doctoresse O_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie l'a également été ultérieurement, en relation avec les remarques de l'assurée. Ces corrections n'ont pas modifié les conclusions médicales.

Les diagnostics suivants ont été posés, au cours du séjour de l'assurée: sur le plan orthopédique : aucun. Sur le plan psychiatrique : troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive au décours. Sur le plan neurologique : éventuel trauma crânio-cérébral (TCC) de degré léger ne laissant pas de séquelles. L'examen posturographique montre une sous-utilisation de l'entrée vestibulaire et une dépendance visuelle, probablement en lien avec des douleurs cervicales, qui mériteraient un travail sur l'équilibre postural. L'examen neuropsychologique a mis en évidence des difficultés d'attention et de mémoire ainsi qu'un fléchissement exécutif. Si l'on se réfère aux propos de la patiente (tête heurtée au sol, perte de connaissance et amnésie post-traumatique de 30 à 45 minutes), un traumatisme cranio-cérébral léger doit être retenu, mais de pronostic favorable (rappel : l'IRM cérébrale est normale). Le tableau actuel doit être vu comme s'inscrivant essentiellement dans le cadre de la problématique émotionnelle et des préoccupations actuelles de la patiente, sans oublier l'effet délétère des douleurs chroniques sur le fonctionnement cognitif. Les plaintes des limitations fonctionnelles ne s'expliquent que pour une partie par les anomalies objectives constatées pendant le séjour (hypermobilité du segment C4-C5).

Pendant le séjour, la patiente a suivi les prises en charge suivantes : physiothérapie et psychosomatique. Il n'y a pas eu d'évolution significative, que ce soit subjectivement ou objectivement. La participation de la patiente aux thérapies a été moyenne. Il a été relevé une meilleure mobilité cervicale lorsque la patiente était distraite ou moins tendue. La discordance entre un handicap fonctionnel subjectif et les anomalies objectives rend difficile l'appréciation des aptitudes fonctionnelles et doit faire bien évaluer l'indication à tout traitement invasif. Le Docteur P_____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a fait part de ses réserves quant à intervenir chirurgicalement.

Comme limitation fonctionnelle, on peut actuellement retenir les postures statiques prolongées de la nuque, les activités nécessitant des rotations/extensions répétées de la nuque, les activités sollicitant le membre supérieur gauche et les ports de charges excédant 5 kg avec le membre supérieur gauche. Le pronostic de réinsertion dans l'ancienne activité ou toute autre activité professionnelle est actuellement peu favorable en raison principalement de facteurs sortant du champ médical.

24. Le 19 août 2014, l'assureur a rendu une décision par laquelle il mettait fin au 31 août 2014 aux prestations d'assurance : il ne subsistait plus de séquelles organiques orthopédiques de l'accident assuré, d'une part, et d'autre part les troubles persistants n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec ledit accident. En l'absence de séquelles de l'accident juridiquement déterminantes, l'assurés ne pouvait pas non plus prétendre à d'autres prestations en espèces de l'assureur sous forme de rente d'invalidité et/ou d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'effet suspensif d'une éventuelle opposition a été retiré.

25. L'assurée a formé opposition à cette décision, par déclaration orale du 17 septembre 2014, consignée dans un procès-verbal dressé par l'assureur et signé par l'opposante et l'employé l'ayant établi.

Tous les symptômes, douleurs et mobilité ressortant des rapports médicaux en possession de l'assureur s'étaient produits immédiatement après l'accident et non 6 mois après. Au vu de l'augmentation des symptômes, elle avait immédiatement été dirigée chez des neurologues, et avait par la suite suivi tout un parcours médical ressortant du dossier. Selon les médecins consultés, l'arthrose serait venue, certes, mais pas de la même manière. Ces symptômes étaient dus à l'accident. Avant celui-ci, elle n'avait aucune douleur que ce soit au niveau des cervicales et de l'épaule, ni connaissance d'arthrose ou autre. Elle sollicitait la prise en charge par l'assureur des prestations et du traitement médical adapté, faisant grief à la CRR de ne pas lui avoir fait bénéficier d'une thérapie physique et fonctionnelle complète (cervico-brachiale et épaule).

26. L'assureur a rendu sa décision sur opposition en date du 30 septembre 2014. L'opposition était rejetée et un recours n'aurait pas d'effet suspensif.

Au vu de tous les documents médicaux versés au dossier nul n'est en mesure d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante exigée par la jurisprudence

l'existence de lésions physiques traumatiques de la chute dans les escaliers du 31 octobre 2012. Sur le plan physique, il apparaît tout au plus possible que l'accident en question ait provoqué une décompensation passagère de l'état dégénératif antérieur de la colonne cervicale. Même dans une telle hypothèse, l'accident ne jouerait plus aucun rôle à ce jour.

Du point de vue psychique, les troubles psychiques diagnostiqués par les psychiatres sont clairement rapportés aux faits qui se sont déroulés dans le cadre professionnel et non pas à la chute dans les escaliers. Ainsi le lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident n'est pas établi à un degré suffisant, ce qui suffirait en principe pour les écarter, sans examiner la causalité adéquate, selon la pratique en matière de troubles psychiques apparus après un accident avec suite physique.

Ce n'était que plus de 16 mois après la chute accidentelle que l'assurée avait prétendu pour la première fois, lors de son séjour à la CRR, avoir heurté le sol de sa tête puis avoir perdu connaissance plus d'une trentaine de minutes lors de l'événement du 31 octobre 2012. Or, une atteinte cérébrale avait été écartée à l'IRM, les médecins ayant considéré qu'un traumatisme crânio-cérébral léger était possible. Nul n'était toutefois en mesure d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'un tel choc et d'une telle perte de connaissance dont il n'avait jamais été question auparavant.

A supposer même, compte tenu du diagnostic initial d'entorse cervicale, que l'on veuille en définitive tout de même considérer que les troubles fonctionnels de l'intéressée relèvent d'un traumatisme de la colonne cervicale, lésions équivalentes ou traumatismes cranio-cérébraux, les troubles psychiques étant très vite apparus au premier plan, que l'examen de la causalité adéquate selon la classification de l'accident en fonction de sa gravité ne permettrait pas de répondre positivement à cette question. L'incapacité de travail totale perdue, mais essentiellement en raison des troubles psychiques, relevant ainsi de la maladie.

27. L'assurée, par courrier recommandé du 29 octobre 2014 adressé à la SUVA à Lucerne, transmis le 7 novembre 2014 à la chambre de céans pour raison de compétence, a recouru contre la décision susmentionnée. Elle conclut à l'ouverture d'un droit aux prestations de l'assurance-accident obligatoire au-delà du 31 août 2014, et demande le versement d'une somme de CHF 35'000 à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, « troubles cognitifs survenus suite à un traumatisme, atteinte importante et durable à son intégrité physique, diminution des facultés mentales, insomnies, oublis, manque de concentration attaques de panique difficultés à effectuer certaines activités dans la vie courante. »

Les douleurs à la nuque, épaules, coudes, cheville gauche et paresthésies sont apparues immédiatement après l'accident. Les symptômes sont ciblés et précis et handicapent son existence au quotidien. Elle avait fait état de ces plaintes à chacune de ses consultations. La continuité des douleurs depuis l'accident, le port d'une

minerve encore à ce jour permettent de conclure que ces symptômes ont été déclenchés par la chute.

Pour l'essentiel, l'intimé a écarté les rapports médicaux permettant d'évaluer une relation de causalité adéquate avec l'accident, respectivement de ne pas avoir tenu compte, dans les rapports pris en considération, des passages faisant état des déclarations et/ou plaintes de l'assurée. Or, à lecture des différents rapports émanant notamment de deux spécialistes en neurochirurgie, deux neurologues, deux orthopédistes, deux psychiatres et le médecin-traitant on constate que l'ensemble de ces praticiens considèrent que l'accident du 31 octobre 2012 est la seule cause des troubles psychiques et psychologiques présentés par l'assurée. Aucun avis contraire ne figurant au dossier, il faut conclure, dans ces conditions, que le lien de causalité naturelle est donné. S'agissant de déterminer le lien de causalité adéquate, les parties s'accordent sur le fait que l'agression et accident du « 31.10.2014 (recte : 2012) » doit être classé dans la catégorie des accidents moyens. Dans ce contexte on doit retenir au titre des circonstances concomitantes et du caractère particulièrement impressionnant de l'accident le fait qu'il s'agisse d'une agression qui s'est déroulée sur le lieu de travail, l'état de l'assurée ayant en outre été perturbée par le renvoi abusif, qu'elle se trouvait en état de choc, ce qui avait conduit à un malaise puis à la chute dans les escaliers et provoqué les blessures concernées. Dans de telles conditions elle avait objectivement pu avoir peur pour sa vie et les symptômes ciblés et précis apparus immédiatement après l'accident handicapent son quotidien avec une dépression. Cet élément justifie d'autant plus la « reconnaissance de la nature particulière des lésions corporelles causées intentionnellement (sic!) comme étant propres à entraîner des troubles psychiques.» Un seul des critères pris en compte par la jurisprudence suffisait, et ainsi, s'il ne ressortait d'aucune pièce du dossier de quelle manière elle avait chuté, il convenait cependant de retenir que le choc avait été particulièrement violent, le critère de la nature particulière des lésions subies étant réuni également. Quant au traitement médical, il était particulièrement long, pénible, sous la forme de physiothérapie, thérapie cognitive comportementale, suivi au centre de la douleur des HUG, pose d'un neuro-stimulateur, des discussions en vue d'une opération étant en suspens, et enfin fallait-il reconnaître des efforts reconnaissables de la recourante.

28. L'intimé, représenté par un conseil, a répondu au recours, dans le délai imparti. Il conclut à son rejet et à la confirmation de la décision sur opposition.

Ce n'était pas à la légère mais au terme d'une longue instruction que l'intimé avait pris position sur le cas de la recourante, en tenant compte non seulement du dossier médical complet de l'assurée, lequel comprend les avis médicaux de tous les médecins consultés par la recourante, l'ensemble des investigations réalisées par imagerie ainsi que les rapports électroneuromyographique, neurologiques et psychiatriques, mais également des examens médicaux réalisés à l'agence de la CNA par les médecins d'arrondissement, et à Sion par les spécialistes de la CRR.

L'argumentation de la recourante, relative à ses lésions physiques, repose essentiellement sinon exclusivement sur le fait que ses douleurs sont apparues à la suite de l'accident dont elle a été victime. Or, un tel raisonnement fondé sur le principe « post hoc, ergo propter hoc » ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigée en matière d'assurance sociale et ne saurait être admis comme moyen de preuve. Quant aux troubles psychiques diagnostiqués, ils sont clairement rapportés aux faits s'étant déroulés dans le cadre professionnel et non pas à la chute dans les escaliers, l'intimé persistant à considérer que la question de la relation de causalité naturelle pouvait demeurer ouverte dans la mesure où un lien de causalité adéquate doit de toute manière être nié.

Quant aux conclusions de la recourante à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, celles-ci sont manifestement irrecevables dès lors qu'elles sortent de l'objet de la contestation, déterminé par la décision sur opposition du 30 septembre 2014.

29. Invitée à se déterminer sur les écritures de l'intimé, après avoir pris connaissance du dossier versé à la procédure, la recourante ne s'est pas manifestée.
30. Sur quoi 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 les troubles présentés sont en lien de causalité avec l'accident du 31 octobre 2012.
4. a) 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).

b) L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé 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 sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

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

c) 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).

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières

et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), 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).

5. 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 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

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).

Le Tribunal fédéral a rappelé que le caractère particulièrement impressionnant ou dramatique avait été nié dans le cas d'un travailleur victime d'un accident dans les circonstances suivantes : une lourde pierre s'était détachée d'un mur haut de 2,7 m d'un immeuble en démolition et lui a percuté le dos, puis la cheville gauche, alors qu'il s'apprêtait à franchir une fenêtre; le choc l'a projeté en avant et il s'est trouvé face contre terre, à cheval sur la base de l'encadrement de la fenêtre. Il l'a encore nié dans le cas d'un travailleur qui était tombé d'un échafaudage d'une hauteur d'environ 3 à 4 m ou d'un travailleur qui avait chuté d'une échelle d'une hauteur d'environ 4,5 m dans une fouille. Il l'avait en revanche admis dans le cas d'un assuré qui, lors de travaux de démolition de boxes de garages, s'était trouvé pressé contre une benne de déchets par un pan de mur en plâtre s'écroulant sur lui tandis que le toit menaçait également de s'effondrer, et qui avait subi plusieurs fractures à la suite de cet événement nécessitant une hospitalisation de plusieurs jours (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 603/2006 du 7 mars 2007 et les références).

A été qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des cas graves, le cas d'un assuré qui s'est fait agresser à 4 heures du matin par trois inconnus devant son domicile. Après l'avoir projeté à terre et roué de coups, les agresseurs s'étaient enfuis à la suite de l'intervention des voisins. L'assuré avait souffert de plusieurs contusions et d'une fracture à la mâchoire qui avait nécessité une intervention chirurgicale. Le Tribunal fédéral a retenu que le caractère impressionnant de l'agression était donné, compte tenu notamment de la brutalité et de l'imprévisibilité de l'attaque ainsi que la disproportion des forces en présence (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 36/07 du 8 mai 2007).

6. 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 LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3b).

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que 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 et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2.).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre

un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

c) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

d) La procédure est régie par le principe inquisitoire, d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2; VSI 1994 p. 220 consid. 4). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve. En cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 261 consid. 3), sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3; RAMA 1999 n° U 344 p. 418 consid. 3).

7. En l'espèce, s'agissant tout d'abord des troubles physiques dont souffre la recourante, il y a tout d'abord lieu d'observer de façon générale, qu'au vu des diagnostics posés immédiatement après la chute de la recourante dans les escaliers, respectivement dans les jours qui ont suivi par son médecin traitant – notamment celui d'entorse cervicale légère -, et des plaintes persistantes ou nouvelles de la recourante, dans les semaines qui ont suivi l'évènement, des investigations médicales approfondies et pluridisciplinaires ont été mises en place, tant à l'initiative de son médecin-traitant, que, plus tard, à l'initiative de l'intimé, en parallèle aux conclusions et recommandations des médecins spécialistes (neurologues notamment) à qui la patiente avait été adressée par son médecin-traitant. Les examens complémentaires, d'imagerie notamment, ont rapidement mis en évidence une absence d'argument en faveur de lésions osseuses traumatiques

crâniennes, cervicales et au membre supérieur gauche; ils ont en revanche mis en évidence des lésions d'origine dégénérative, compatibles avec l'âge de la patiente. La Dresse E_____, neurologue, constatant, le 18 janvier 2013 – deux mois et demi après l'accident, une musculature cervicale tendue et douloureuse, mais une situation sans déficit après examens neurologiques, évoquait un syndrome de stress post-traumatique avec un syndrome douloureux, mais conseillait déjà d'envisager une prise en charge par un psychiatre ou un psychologue. Quelques semaines plus tard, vu l'évolution de l'état de la patiente, pour ce médecin, la prise en charge psychiatrique devenait indispensable.

La suite des examens d'imagerie, dans le courant de l'année 2013 en particulier, ont conforté l'exclusion de lésions traumatiques ou hémorragiques post-traumatiques, au niveau cérébral et crânien notamment ; les conclusions du Dr. J_____, concernant notamment l'épaule, ont confirmé l'origine essentiellement dégénérative des lésions, ce médecin admettant que le traumatisme ait pu faire décompenser des lésions dégénératives, sans toutefois que cela explique l'essentiel du complexe symptomatologique. S'agissant des conséquences possibles du traumatisme cervical mineur, il a également constaté des différences entre les constatations objectives et l'état subjectif, mettant lui aussi en évidence l'influence négative de l'état psychique actuel de la patiente et recommandant un stage de quelques semaines à la CRR. Les conclusions des autres médecins, notamment neurologues ou neurochirurgiens consultés en 2014 encore, vont dans le même sens. Et le médecin-traitant également, ce qui peut d'ailleurs expliquer les raisons pour lesquelles la recourante a décidé au début 2014 de changer de médecin.

Ainsi la chambre de céans constate que les conclusions de l'examen multidisciplinaire de la recourante qui a été finalement effectué à la CRR au printemps 2014 ne retient en définitive aucun diagnostic d'ordre traumatique sur le plan orthopédique, et sur le plan neurologique un éventuel traumatisme cranio-cérébral de degré léger ne laissant pas de séquelles. Ainsi, les troubles somatiques qui subsistaient encore en août 2014 ne pouvaient plus, à ce moment-là, être mis en relation avec la chute de la recourante dans les escaliers, le 31 octobre 2012, et ainsi l'accident du 31 octobre 2012 ne pouvait plus avoir d'incidence sur la capacité de travail de la recourante, par rapport à son état somatique. Les médecins de la CRR sont parvenus à ces conclusions aux termes d'investigations multidisciplinaires complètes, prenant en compte l'anamnèse et les plaintes de l'assurée, mais également le dossier médical à disposition, d'ores et déjà très documenté, et actualisé par les propres examens complémentaires effectués pendant le séjour de la recourante, et encore, notamment, un échange de vues avec le Dr. P_____, neurochirurgien traitant de la recourante; en ayant observé également cette dernière en cours de séjour, et remarqué que sa participation aux thérapies a été moyenne, mais qu'il avait été constaté une meilleure mobilité cervicale lorsque la patiente était distraite ou moins tendue. Ainsi ces conclusions apparaissent cohérentes, et peuvent donc se voir reconnaître une pleine valeur probante, d'autant qu'elles ne

sont contredites par aucun autre médecin ayant eu à connaître du cas, ou ayant traité la recourante. D'ailleurs, force est de constater, comme l'a relevé l'intimé, que la recourante ne remet elle-même pas sérieusement en cause les conclusions des médecins du CRR. Elle se limite bien plutôt à une critique formelle des rapports, sans dire en quoi, et sinon sans le démontrer, ces documents médicaux ne résisteraient pas à la critique et devraient se voir dénier toute valeur probante. Au contraire, elle admettait elle-même, lorsqu'elle a été entendue sur opposition, que selon ses médecins, l'arthrose serait venue certes, mais pas de la même manière. À cet égard, la chambre des assurances sociales observe qu'en mettant fin aux prestations, à dater du 31 août 2014, l'assureur-accidents, conformément à l'avis des médecins, n'a pas considéré que les troubles somatiques apparus après l'accident étaient totalement étrangers à celui-ci, preuve en soit qu'il a servi des prestations pendant un peu moins de 2 ans. Il a mis un terme à celles-ci dans la mesure où l'état de santé de la recourante, soit en l'espèce les troubles somatiques dont elle pouvait encore souffrir, ne pouvaient plus, en août 2014 en tout cas, entrer dans un rapport de causalité adéquate avec la chute du 31 octobre 2012.

8. S'agissant des troubles psychiques, ceux-ci sont en effet apparus assez rapidement après l'événement du 31 octobre 2012. Ceci a conduit le médecin-traitant, ainsi que les spécialistes consultés, à recommander une prise en charge psychiatrique. La chambre de céans constate que, si dans un premier rapport à l'intimé, du 21 avril 2013, la doctoresse I_____, psychiatre-traitante de la recourante pose le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique, précisant que les tous symptômes de la patiente sont en lien avec ce diagnostic, le psychiatre-conseil de l'assureur, le Dr K_____, pose, pour sa part, le diagnostic de troubles de l'adaptation, avec la réaction mixte anxieuse dépressive. Outre le fait qu'il ait précisé dans son rapport les raisons pour lesquelles il ne retenait pas le diagnostic d'état de stress post-traumatique, lors de l'examen de la recourante, le 3 juillet 2013, ce médecin a mis en évidence, plus de 8 mois après la survenance de l'événement, un tableau clinique mêlant une symptomatologie anxieuse et dépressive avec un état de détresse et de perturbations émotionnelles qui entravent le fonctionnement de l'assurée, ses performances sociales, en cours d'un changement d'adaptation à un contexte existentiel particulièrement chargé, avec un stress professionnel au premier plan (agression puis licenciement). Il relève une humeur dépressive, une inquiétude, un sentiment d'incapacité à faire face, à faire des projets, à supporter sa situation actuelle, avec des ruminations obsessionnelles autour du contexte professionnel.

Quelques mois plus tard, la doctoresse I_____ revenait sur son diagnostic, en constatant notamment que sa patiente « a(vait) dû entamer un traitement antidépresseur pour pouvoir pallier à certains de ces symptômes insupportables. Elle a(vait) dû se battre pour trouver les bonnes personnes pour soigner ses cervicalgies qui ont été mises au début sur le compte du stress post-traumatique (qui ne l'est pas !) ».

Les conclusions du rapport psychiatrique de la CRR retiennent, sur le plan psychiatrique, le diagnostic de trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive au décours. Le rapport général relève que des facteurs personnels et environnementaux influencent négativement les plaintes et aptitudes fonctionnelles: réaction anxio-dépressive (actuellement au décours), difficultés à gérer les situations de stress, litige (prud'homme) qui devrait, selon la patiente, être bientôt résolu. Dans le rapport spécifique, soit le conseil psychiatrique du 9 avril 2014, il est relevé qu'après l'accident à l'origine de la problématique actuelle, la requérante a développé un état d'anxiété avec repli sur soi, la peur de croiser ses ex-collègues, des ruminations anxieuses, des tensions intérieures, sentiment d'abattement et d'être une victime traitée injustement... Après une période initiale de ruminations intensives autour de la situation, la symptomatologie présentée s'est progressivement amendée, notamment depuis que la collègue impliquée dans le conflit a reconnu les faits au Tribunal des prud'hommes.

En tant que l'argumentation de la requérante se limite à affirmer qu'à lecture des rapports de ses médecins traitants, et des spécialistes consultés, toutes spécialités confondues, l'ensemble de ces praticiens considérerait que l'accident du 31 octobre 2012 est la seule cause des troubles psychiques et psychologiques présentés par elle, et d'en déduire, à défaut d'un avis contraire dans le dossier, qu'il faut ainsi conclure que le lien de causalité naturelle est donné, elle est erronée. En ce qui concerne ces troubles, non seulement elle propose une interprétation que la chambre ne saurait partager, d'une part, mais d'autre part, elle ne fonde son raisonnement que sur le principe "post hoc, ergo propter hoc", voire l'application à son cas du principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré, ce qui est évidemment contraire à la jurisprudence rappelée ci-dessus. La chambre de céans remarque à cet égard que les spécialistes somatiques font état des troubles psychiques, mais ne se prononcent pas sur la causalité de ses troubles ; ils ne sauraient d'ailleurs le faire, n'étant pas spécialistes en la matière. Quant aux psychiatres, ils attribuent unanimement la cause des troubles psychiques au conflit professionnel et non pas aux conséquences de la chute dans les escaliers en tant que telle.

C'est, malgré ce qui précède, avec une appréciation généreuse que l'intimé, dans la décision entreprise et dans sa détermination sur le recours, considère que la question du lien de causalité naturelle pourrait rester ouverte. Cela n'est en effet pas déterminant, dans la mesure où, comme on va le voir, le lien de causalité adéquate au sens de la jurisprudence susmentionnée ne saurait être reconnu.

Se référant tout d'abord à la jurisprudence susmentionnée, quant à la classification des accidents en fonction du degré de gravité de ceux-ci, la chambre de céans considère que la chute dans les escaliers ne peut guère être considérée que comme un accident de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité.

Parmi les critères retenus par la jurisprudence pour déterminer si les troubles psychiques peuvent être en lien de causalité adéquate avec un accident, la

recourante a retenu celui des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident : on ne saurait la suivre. L'agression qui se serait déroulée dans les locaux professionnels, dans le contexte du licenciement de la recourante, - qui n'a eu qu'un caractère verbal et non pas physique -, et le sentiment d'injustice qu'elle a pu ressentir, par la notification de son congé, ne sauraient toutefois être considérés comme des «circonstances concomitantes particulièrement dramatiques» au sens de la jurisprudence citée, même s'ils se sont déroulés peu avant la chute accidentelle dans des escaliers. La chambre de céans relève d'ailleurs que, d'après les renseignements recueillis par le docteur K_____ de la recourante, que ces escaliers se situent à une centaine de mètres de l'immeuble où travaillait la recourante, ce qui relativise quelque peu la concomitance des évènements. Pour tenter de consolider une telle concomitance, la recourante n'hésite pas à prétendre que les lésions qu'elle a subies à la cheville, à la nuque, à l'épaule, et coude auraient été causées intentionnellement, et seraient, ainsi, propres à entraîner des lésions psychiques. On ne saurait sérieusement la suivre lorsqu'elle considère que dans ces circonstances elle aurait « objectivement pu avoir peur pour sa vie ». On ne saurait reconnaître ainsi un caractère « particulièrement impressionnant » à la chute litigieuse. Quant au traitement médical, on ne saurait pas non plus considérer, dans le contexte du dossier, qu'il ait été particulièrement long et pénible, en tout cas au sens où la recourante veut l'entendre pour en déduire un lien de causalité adéquate entre ses atteintes psychiques et l'accident litigieux.

Il en résulte donc que c'est à bon droit que l'intimé a nié un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et la chute de la recourante dans les escaliers, le 31 octobre 2012.

Ce grief étant dès lors mal fondé, le recours devra être rejeté sur ce point.

9. Reste à examiner la question des prétentions de la recourante au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité à hauteur de CHF 35'000.
10. a) Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1ère phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2ème phrase). Elle est également versée en cas de maladie professionnelle (cf. art. 9 al. 3 LAA). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre,

limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs, valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité se distingue de la réparation morale selon le droit civil, qui n'implique pas une atteinte durable et qui vise toutes les souffrances graves liées à une lésion corporelle (ATF 133 V 224 consid. 5.1 et les références). Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

Selon l'art. Art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA – RS 832.202), édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave.(al.1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 (al.2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage. L'indemnité totale ne peut dépasser le montant maximum du gain annuel assuré. Il est tenu compte, dans le taux d'indemnisation, des indemnités déjà reçues en vertu de la loi. (al.3).

Dans sa décision du 19 août 2014, l'intimé a notamment considéré qu'en l'absence de séquelles de l'accident juridiquement déterminantes, l'assurée ne pouvait pas non plus prétendre à d'autres prestations en espèces de la SUVA sous forme de rente d'invalidité et/ou l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans le cadre de son opposition à cette décision, la recourante a conclu à ce que « les prestations » et le traitement médical adapté soit pris en charge par la SUVA. Dans le cadre du présent recours, la recourante conclut à l'allocation d'un versement de CHF 35'000 à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. L'intimé pour sa part considère que de telles conclusions seraient manifestement irrecevables dès lors qu'elles sortent de

l'objet de la contestation déterminée par la décision sur opposition du 30 septembre 2014.

La chambre de céans constate que dans le cadre de son opposition, la recourante n'a pas formellement conclu à l'allocation d'une atteinte à l'intégrité, se bornant à conclure de façon générale à ce que lui soient reconnues « les prestations », ce par quoi il faut comprendre de façon générale les prestations auxquelles la LAA lui donnerait droit, si les conditions respectives en étaient réunies, sans qu'il soit nécessaire de les mentionner expressément. L'assureur social est en effet tenu d'examiner d'office si le droit aux prestations légales est donné. C'est d'ailleurs dans cette logique et conformément à la loi (art. 27 et 49 LPGA notamment) que l'intimé, dans sa décision initiale, a précisé à l'assurée, non seulement qu'il mettait fin aux prestations légales allouées jusqu'ici, respectivement jusqu'au 31 août 2014, mais qu'elle ne pouvait pas non plus prétendre à d'autres prestations en espèces de sa part (rente d'invalidité et/ou d'indemnité pour atteinte à l'intégrité). Dans la mesure où par sa décision sur opposition l'intimé a rejeté l'opposition, il n'était pas tenu de revenir sur l'aspect de ces autres droits, n'entrant pas en considération, vu le rejet de l'opposition. La question de la recevabilité des conclusions en indemnité pour atteinte à l'intégrité peut donc rester ouverte.

Ceci dit, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité présuppose que les atteintes concernées soient en rapport de causalité adéquate avec l'accident. Dès lors que tant en ce qui concerne les troubles physiques que les troubles psychiques, ce lien de causalité qualifié doit être nié, la question du droit à une telle indemnité n'entre pas en ligne de compte.

Au vu de ce qui a été rappelé ci-dessus, notamment quant à la nature d'une telle prestation, son fondement reposant exclusivement sur des critères médicaux objectifs, et quant à la durée prévisible d'une telle atteinte, qui doit être durable, par quoi il faut entendre qu'elle subsistera pendant toute la vie avec au moins la même gravité. On rappellera tout d'abord, au vu de ce qui précède, que les troubles dont souffre encore la recourante ne sont pas stabilisés, et relèvent tous de la maladie, à tout le moins dès fin août 2014. Force est enfin de constater que la recourante n'indique nullement sur quoi elle fonde cette prétention, pas plus qu'elle ne donne la moindre justification du montant qu'elle articule.

En tous points mal fondé, le recours sera rejeté.

11. Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté, et dès lors, la recourante qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit au remboursement des frais auxquels elle a conclu (art. 61 let. g LPGA)

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

Le président

Irène PONCET

Mario-Dominique
TORELLO

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