

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3822/2013

ATAS/850/2015

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 11 novembre 2015**

**4<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à BELLEVUE, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

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 Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER,  
Juges assesseurs**

---



### EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1960, au bénéfice d'un master en biologie moléculaire, a notamment travaillé dans un laboratoire, avant d'être engagée en tant que secrétaire, puis enseignante remplaçante à 50 %. En septembre 2001, elle a renoncé à cette dernière activité et a perçu des indemnités de chômage.

À ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la Suva, caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après la Suva ou l'intimée).

2. Le 17 septembre 2002, l'assurée a subi un accident. Alors qu'elle circulait à bicyclette, elle a été percutée à l'arrière par une voiture. Elle a été emmenée en ambulance aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
3. Dans son rapport du 19 novembre 2002, la gendarmerie a relaté les déclarations de l'assurée sur les circonstances de l'accident. Elle a indiqué qu'elle voulait rentrer chez elle en empruntant la route des Romelles. Elle avait attendu pour se déplacer que les usagers venant de la ville la dépassent, lorsqu'elle avait soudainement été heurtée à l'arrière. Elle n'avait plus de souvenirs de la suite des événements. La gendarmerie a précisé que lors du choc, l'assurée avait été projetée en l'air et était lourdement retombée sur la chaussée, grièvement blessée. Le croquis de l'accident désignait le point de chute de l'assurée à 22 mètres du lieu de l'impact.
4. Le 29 octobre 2002, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin au service de chirurgie plastique des HUG, a fait état d'un traumatisme des membres inférieurs après accident, avec une plaie du creux poplité et de la face postérieure du membre inférieur ayant nécessité une greffe de peau. L'évolution était lentement favorable.
5. Le 13 novembre 2002, les médecins du Service de chirurgie plastique des HUG, ont indiqué que l'assurée avait séjourné dans ce service du 17 septembre au 30 octobre 2002 pour la prise en charge de multiples plaies des membres inférieurs. L'assurée avait subi une fracture du péroné et une large plaie lors de l'accident, traitée par débridement et greffe de peau lors de deux interventions chirurgicales. Elle avait été suivie par l'unité de psychiatrie, qui avait diagnostiqué une amnésie circonstancielle ainsi qu'une amnésie rétrograde d'environ 30 minutes liée à l'accident, à l'origine d'une anxiété intermittente ainsi que de troubles du sommeil. Les antécédents médicaux de l'assurée étaient une déficience en protéine C et une thrombose veineuse profonde.
6. Selon l'ordonnance de condamnation du 29 avril 2003 rendue contre la conductrice du véhicule ayant percuté l'assurée, celle-ci circulait à une vitesse de 60 à 70 km/h au moment de l'accident. Elle a été déclarée coupable de lésions corporelles simples par négligence.
7. Dans leur rapport du 21 novembre 2002, les médecins de la clinique genevoise de Montana, où l'assurée a séjourné du 31 octobre au 12 novembre 2002, ont

---

diagnostiqué un status post-prise en charge chirurgicale de multiples plaies du membre inférieur gauche (Z 54.0). Ils ont fait état à titre de comorbidités de trouble anxieux (F 41.9), de déficit en protéine C (D 68.8), de status post-parage et fermeture des deux plaies de fasciotomie ainsi que greffe de peau mince au niveau du creux poplité, de status post-débridement, lavage, parage des bords de la plaie, ablation d'un lambeau fascio-cutané et greffe de peau mince, et de status post thromboses veineuses profondes en 1980, 1999 et 2001. L'évolution avait été bonne au cours du séjour, avec une diminution progressive du traitement antalgique.

8. Selon une note de la Suva du 5 décembre 2002, l'assurée consultait le docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, en raison des cauchemars qu'elle faisait la nuit.
9. Dans son rapport du 17 février 2003, le Dr D\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un état dépressif consécutif à un accident de la circulation. L'assurée présentait un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité, et une diminution de l'activité en partie due aux douleurs.
10. Le 27 février 2003, le docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a diagnostiqué un status après parage de fasciotomie et greffe cutanée du creux poplité et un status après débridement et ablation musculo-cutanée partielle du membre inférieur gauche. L'amélioration était très lentement progressive. L'assurée présentait un état dépressif réactionnel de type syndrome post-traumatique avec atteinte à l'intégrité physique, des cervicalgies et des douleurs scapulaires gauches en raison de l'utilisation des béquilles. Un dommage permanent était à craindre au vu des séquelles locomotrices et psychologiques.
11. Dans son rapport du 24 mars 2003, le docteur F\_\_\_\_\_, médecin au Service de chirurgie plastique des HUG, a diagnostiqué une fracture du péroné et une plaie avec perte de substance de la jambe gauche. Objectivement, l'assurée présentait une raideur de la cheville et une séquelle esthétique importante. Un dommage permanent esthétique et fonctionnel était à craindre.
12. Le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a noté dans son rapport du 12 mai 2003 que l'assurée souffrait de troubles de la mémoire, portant sur des événements précédant l'accident et des faits plus récents, ainsi que d'une douleur orbitaire et temporale gauche. L'examen clinique avait révélé un point sensible au-dessus de l'arcade zygomatique gauche. Le status neurologique était par ailleurs dans la norme, hormis une zone d'hypoesthésie en regard de la greffe et distalement sur la jambe gauche. Un examen neuropsychologique devait être réalisé. Le Dr G\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de status après commotion cérébrale, de troubles de la mémoire et de la concentration, de névralgie zygomatique gauche post-traumatique, de status après greffe cutanée de la jambe gauche et d'anti-coagulation pour déficit en protéine C.

13. Le 2 octobre 2003, le Dr E\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des séquelles traumatiques et un syndrome de stress post-traumatique. Le suivi des séquelles orthopédiques était assuré par le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique.
14. Dans son rapport du 18 juin 2003, le Dr H\_\_\_\_\_ a diagnostiqué une plaie profonde de la face postérieure de la jambe gauche opérée à multiples reprises et de greffe cutanée, d'une fracture du péroné gauche traitée conservativement, un traumatisme cranio-cérébral (TCC) avec des difficultés de concentration et des troubles de la mémoire courte résiduels, une dépression réactive post-traumatique, une lésion du 2<sup>ème</sup> degré du ménisque interne du genou gauche, une rupture du fascia plantaire du pied droit, un status post-thrombose veineuse profonde de la veine iliaque gauche en 1980, 2000 et 2001 et une thrombose veineuse profonde au niveau des jambes. Une discrète boiterie persistait, ainsi que des hypoesthésies des différentes branches nerveuses sectionnées dans le parcours des plaies, et un œdème post-traumatique diffus. La rupture partielle du fascia plantaire et la lésion du ménisque étaient d'origine dégénérative, sans lien avec l'accident.
15. Le 20 novembre 2003, le Dr D\_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic d'état dépressif consécutif à un accident de la circulation et aux douleurs concomitantes. Il a signalé un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité, et une diminution de l'activité en partie due aux douleurs. Un dommage permanent n'était pour l'heure pas à craindre bien que le trouble ne fût pas résolu.
16. Le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué en date du 29 octobre 2003 que l'assurée présentait des séquelles orthopédiques douloureuses, une boiterie et des séquelles neurologiques périphériques nécessitant le port de bas de contention. Elle avait développé parallèlement un syndrome de stress post-traumatique avec un état dépressif réactionnel et une anxiété permanente, accompagnée de cauchemars et d'une désécurisation. L'état psychologique secondaire semblait cependant s'améliorer, et devrait évoluer favorablement au cours des prochains mois.
17. Le 31 juillet 2003, Madame I\_\_\_\_\_, neuropsychologue, a procédé à l'examen neuropsychologique de l'assurée, qui décrivait des oublis, des problèmes de concentration et une recherche occasionnelle du mot. Elle a conclu à un status cognitif parfaitement indemne. Les capacités de travail de l'assurée étaient préservées sur ce plan, bien qu'elle reste fragilisée par le stress post-traumatique.
18. Dans un courrier du 4 décembre 2003 au Dr E\_\_\_\_\_, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il avait revu l'assurée. L'examen neuropsychologique n'avait pas démontré de trouble cognitif mais confirmait l'état de stress post-traumatique, qui expliquait les oublis signalés. L'assurée avait peur des chutes et se réveillait en criant. Elle poussait des cris au cinéma et dans son quotidien, lorsqu'elle voyait une chute. De plus, elle se plaignait d'une diminution de l'odorat. L'examen du neurologue avait confirmé une perte de 80 % de l'odorat.

19. Dans son certificat du 23 décembre 2003, le Dr F\_\_\_\_\_ a mentionné une hypoesthésie de la face postérieure de la jambe, un œdème de la cheville, une diminution des amplitudes articulaires de la cheville, une gêne à la station debout prolongée et à la marche, une cicatrice très modérément hypertrophique de bonne évolution au site de prélèvement, une rançon cicatricielle relativement importante au niveau du tiers supérieur de la face postérieure de la jambe et des troubles suggestifs. Il y aurait une probable séquelle fonctionnelle en rapport avec la fracture du péroné et une séquelle esthétique certaine.
20. Le docteur J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assurée le 11 décembre 2003. Celle-ci pouvait marcher sur de petites distances en portant des bas de compression, sans lesquels la jambe gauche enflait et devenait douloureuse. La cheville gauche était un peu bloquée. L'assurée se plaignait également de tristesse, de fatigue, d'angoisses, de cauchemars et de troubles répétitifs de la mémoire immédiate.
21. Lors d'un entretien avec la Suva en date du 3 février 2004, l'assurée a notamment indiqué qu'elle avait présenté une amnésie complète et durant trois mois lors de l'accident. Elle supposait qu'elle avait perdu connaissance.
22. Le 10 février 2004, le Dr H\_\_\_\_\_ a repris les diagnostics de plaie profonde de la face postérieure de la jambe gauche opérée à multiples reprises et de greffe cutanée, de fracture du péroné gauche traitée conservativement, de TCC avec difficultés de concentration et troubles de la mémoire courte résiduels, de dépression réactive post-traumatique, de lésion du 2<sup>ème</sup> degré du ménisque interne du genou gauche, de rupture du fascia plantaire du pied droit, de status post-thrombose veineuse profonde de la veine iliaque gauche en 1980, 2000 et 2001 et de thrombose veineuse profonde au niveau des jambes, atteintes auxquelles s'ajoutait désormais un lumbago chronique avec syndrome vertébral. La plaie profonde de la jambe gauche nécessitait le port de bas de compression. La boiterie et les hypoesthésies mentionnées dans son précédent rapport persistaient. Pour l'heure, l'assurée souffrait surtout de l'interligne du genou droit. Le lumbago chronique nécessitait la poursuite de la physiothérapie.
23. Dans son rapport du 29 avril 2004, le Dr E\_\_\_\_\_ a signalé que l'état était lentement favorable, avec des répercussions douloureuses et fonctionnelles du genou gauche. L'état dépressif et anxieux avec troubles mnésiques était en revanche sans grande évolution.
24. Le Dr J\_\_\_\_\_ a une nouvelle fois examiné l'assurée le 24 juin 2004. Celle-ci disait être épuisée et mal dormir, des cauchemars perturbant son sommeil. Elle hurlait souvent au réveil. Les troubles de la mémoire et de la concentration persistaient. Elle pouvait marcher sans canne pendant une demi-heure à une heure. La position debout était mal tolérée. Le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré que prises isolément, les séquelles des membres inférieurs n'entraînaient pas d'incapacité de travail dans l'enseignement. Le dossier ne révélait pas de récurrence de thrombose après le

traumatisme, mais cela n'était pas exclu. L'assurée se plaignait de douleurs vertébrales, qui ne pouvaient être considérées comme en rapport avec l'accident. Pour l'heure, l'incapacité de travail était expliquée par des troubles psychologiques et cognitifs, à investiguer par des spécialistes.

25. Dans son rapport du 22 novembre 2004, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait des douleurs liées à la fasciite plantaire gauche, qui limitaient le périmètre de marche à 10 minutes. Des douleurs peu importantes dues à la lésion du ménisque persistaient également. De la physiothérapie était nécessaire pour traiter la symptomatologie douloureuse du pied gauche.
26. Le 6 avril 2005, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué que les lésions locomotrices et l'état psychologique évoluaient peu. Des séquelles psychologiques permanentes étaient à craindre.
27. Le 10 juin 2005, la Suva a entendu l'auteur et un témoin de l'accident de l'assurée. Ils ont déclaré que l'assurée n'avait pas perdu connaissance après l'accident.
28. Le 14 septembre 2005, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que le périmètre de marche était de 10 minutes environ. L'assurée présentait des douleurs aux épaules, un lumbago et des douleurs à l'effort au genou gauche. Le pied droit allait mieux. La physiothérapie devait se poursuivre.
29. Mme I\_\_\_\_\_ a procédé à un nouvel examen neuropsychologique. Dans son rapport du 28 juin 2005, elle a noté la persistance sur le plan émotionnel de signes de stress post-traumatique. Au plan cognitif, l'assurée présentait une fatigabilité intellectuelle lors de tâches complexes, un léger trouble attentionnel en mémoire de travail, et des capacités d'apprentissage relativement médiocres en modalité verbale mais restant dans la limite normale. Il était possible dans le contexte d'éléments dépressivo-anxieux et de stress post-traumatique que l'assurée souffre de blocages, de blancs et de chutes attentionnelles lors de situations stressantes. La baisse de la confiance en soi, associée aux légers troubles attentionnels et d'apprentissage, pouvait rendre plus difficile une éventuelle reprise d'activité professionnelle et intellectuelle.
30. Le 23 janvier 2006, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée n'avait que partiellement recouvré l'odorat. Il était probable que cette perte soit irréversible.
31. La Suva a confié une expertise neurologique au Professeur K\_\_\_\_\_, médecin au service de neurologie des HUG. Dans son rapport du 18 septembre 2006, il a indiqué que l'assurée décrivait une amnésie rétrograde de 3 mois et la perte de certains souvenirs plus anciens. Selon elle, on lui avait rapporté qu'elle avait très brièvement perdu connaissance lors de l'accident. Elle avait également demandé à voir un psychiatre lors de son hospitalisation. Elle se plaignait de cauchemars, de sursauts et de hurlements en cas de surprise, par exemple au cinéma, de fatigue, d'anxiété, de troubles mnésiques, de lecture et de difficultés à trouver les mots. Elle avait des douleurs vives dans la jambe gauche en cas de station debout prolongée. Son périmètre de marche était diminué et elle devait porter des bas de

contention. Depuis l'accident, elle présentait des lombalgies. Elle avait également une perte de l'odorat. A l'issue de l'examen clinique, le Pr K\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'hyposmie, de TCC modéré, de plaie profonde de la face postérieure de la jambe gauche avec greffe, de fracture du péroné gauche, de lumbago non déficitaire et de stress post-traumatique (PTSD). Hormis cette dernière atteinte, tous les diagnostics reposaient sur un substrat organique. Le TCC était objectivé par un impact sur la tête avec une cicatrice sous l'œil gauche, une amnésie de l'accident et une amnésie rétrograde de trois mois. Il existait des indices d'atteinte psychique partiellement en lien avec le TCC modéré et le PTSD, sans relation avec les lésions cérébrales. Selon l'expert, une amélioration notable de l'état de santé ne pouvait plus être espérée. Le PTSD devrait faire l'objet d'une expertise psychiatrique. Les séquelles organiques diminuaient légèrement le rendement dans l'activité antérieure alternant les positions assise et debout. Un avis psychiatrique était nécessaire pour les séquelles psychiatriques. Une limitation horaire était souhaitable, avec de fréquentes pauses permettant de reposer la jambe gauche. Les atteintes cognitives post-traumatiques demandaient parfois des adaptations du travail. Une diminution horaire d'une heure toutes les 4 heures était à prévoir. L'atteinte à l'intégrité était estimée à 5 % pour l'hyposmie, 15 % pour le TCC et 30 % pour l'orthopédie (sic).

32. L'office de l'assurance-invalidité (OAI) a mandaté la Clinique Corela pour procéder à l'expertise psychiatrique de l'assurée. Dans leur rapport du 3 janvier 2007, le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et Monsieur M\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, ont indiqué que leur évaluation neuropsychologique corroborait les résultats relatés par Madame I\_\_\_\_\_. L'assurée ne présentait rien de franchement pathologique concernant les fonctions supérieures, malgré les plaintes anamnestiques. Ils ont exclu la présence des critères majeurs nécessaires au diagnostic d'épisode dépressif, soit la tristesse, la diminution du plaisir et la réduction de l'énergie. Les critères diagnostiques mineurs étaient également exclus, à l'exception de quelques idées de mort exprimées sans idéation réelle. Les experts n'ont pas observé d'anxiété. Les critères pour retenir un stress post-traumatique n'étant pas tous réunis, de sorte que cette atteinte devait être écartée. Ils ont également exclu une modification durable de la personnalité. Les experts ont fait passer des tests psychométriques à l'assurée. En conclusion, ils n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique invalidant. Il y avait toutefois quelques traits histrioniques, avec la tendance à la suggestibilité et à l'hypocondrie. Relatant le traitement instauré après l'accident, les experts ont retenu que l'assurée avait développé une névrose de reconnaissance de la gravité de l'accident. La capacité de travail était entière, sans diminution de rendement, soit dans l'enseignement, soit en qualité de laborantine.
33. Dans son rapport du 27 février 2007, le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en dermatologie, a noté une importante perte de tissu sous-cutané à la jambe gauche, occasionnant une gêne à la marche et des problèmes esthétiques.

34. Le 20 juin 2007, le Dr J\_\_\_\_\_ a estimé l'atteinte à l'intégrité à 20 % eu égard à l'important système cicatriciel, à la limitation de l'extension de la cheville et au syndrome douloureux chronique du membre inférieur gauche. Lors de son examen, l'assurée lui avait déclaré ne pas voir d'évolution depuis 2004 au niveau des membres inférieurs. Elle continuait à porter des bas de contention des deux côtés et les douleurs lorsqu'elle marchait plus de 30 minutes persistaient. Le Dr J\_\_\_\_\_ a considéré que la situation était stabilisée. Le port de bas de contention des deux côtés, alors que les séquelles accidentelles existaient uniquement à gauche, lui faisait dire que leur utilisation n'était pas uniquement en rapport avec l'accident. L'assurée se plaignait également de douleurs dorsales, sans lien avec l'accident selon le médecin d'arrondissement, à l'instar des douleurs du pied droit.
35. Le 11 juin 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a commenté l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_. Il a souligné que l'assurée présentait un état dépressif d'intensité moyenne, reprenant les critères diagnostiques permettant de poser ce diagnostic. Il a également confirmé le syndrome de stress post-traumatique, mieux révélé par un examen clinique que par des épreuves psychométriques. Il a contesté que l'assurée tire des bénéfices secondaires de son accident.
36. Interpelé par la Suva sur certains points de son expertise, le Pr K\_\_\_\_\_ a confirmé dans son courrier du 20 septembre 2007 la composante psychique de l'assurée. Son argumentation, selon laquelle il existait une composante organique mineure, s'appuyait sur l'amnésie rétrograde partielle couvrant les trois mois avant l'accident, ce qui constituait un argument fort pour un déficit organique, ainsi que sur la discrète amnésie circonstancielle d'une à deux minutes et une anosmie post-traumatique, signant un traumatisme crânien très modéré. Il a joint à son envoi le rapport du 31 octobre 2006 de Madame O\_\_\_\_\_, neuropsychologue FSP, lequel ne mettait en évidence aucun résultat pathologique au testing cognitif, la qualité des performances étant stable, voire même améliorée depuis le dernier examen de 2005, et excluait un dysfonctionnement organique sous-jacent aux plaintes de l'assurée.
37. Dans son rapport du 11 novembre 2007, le Dr D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_ avait détérioré l'état de l'assurée, car elle mettait en doute la souffrance de cette dernière. La date de la reprise du travail ne pouvait pour l'heure être déterminée.
38. Dans son appréciation du 15 novembre 2007, la doctoresse O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie et spécialiste en psychiatrie et médecin auprès de la Suva, a relevé que selon le rapport de sortie des HUG, il existait une amnésie rétrograde d'environ 30 minutes pour l'accident, ainsi qu'une anxiété intermittente et un trouble du sommeil. La Dresse O\_\_\_\_\_ considérait, en l'absence de signe de lésion cérébrale dans les premiers documents, que les critères pour une modification de la conscience et une amnésie certaine n'étaient pas remplis. L'absence de signes lésionnels au scanner réalisé le jour de l'accident, une perte d'odorat signalée une année plus tard, dont la description était inhabituelle dès lors qu'elle était partielle, et l'absence de déficits cognitifs objectivables ne lui

permettaient pas de suivre les conclusions du Pr K\_\_\_\_\_. Les critères d'une lésion cérébrale traumatique modérément sévère n'étaient pas remplis. Un trouble de l'odorat ne pouvait être objectivé par un examen clinique, mais une olfactométrie était recommandée. La Dresse O\_\_\_\_\_ préconisait en outre une IRM cérébrale.

39. Une appréciation psychiatrique a été réalisée le 22 novembre 2007 par la doctoresse P\_\_\_\_\_, médecin auprès de la Suva. Cette dernière a relevé certaines carences de l'expertise du Dr L\_\_\_\_\_. Elle a considéré que l'assurée présentait des difficultés mais qu'elle n'était probablement pas totalement incapable de travailler. Des entraves existaient et entraînaient un grand sentiment d'insécurité. La psychiatre de la Suva ne pouvait poser un diagnostic exact et préciser l'importance de ces entraves sur la seule base du dossier.
40. Le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la Suva, a examiné l'assurée le 18 juin 2008. Dans son rapport du 25 juin suivant, il a résumé son dossier et relaté ses plaintes. Elles concernaient des insomnies avec des cauchemars, des troubles de la concentration et de la mémoire et des pensées intrusives. Elle criait dans les situations évoquant la peur. A l'issue du status, le Dr Q\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (probable) (F 43.1) et de trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F 43.22). La symptomatologie d'état de stress post-traumatique était incomplète car il existait peu de symptômes intrusifs clairs, ce qui était normal au vu de l'amnésie du déroulement de l'accident. Il existait en revanche des signes clairs d'hyperréactivité neuro-végétative, et de comportements d'évitement. Le psychiatre n'avait pas relevé de symptomatologie dépressive sévère ni moyenne, mais plutôt légère, avec une certaine fluctuation, voire même une labilité de l'humeur. C'est pour ce motif qu'il avait retenu le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. Cette atteinte était difficile à évaluer lors d'un entretien aussi bref. La présentation objective atypique, avec une évolution négative dans le temps, les cris lorsqu'un tiers évoquait certains mots mais pas lorsque l'assurée les prononçait elle-même, laissait toutefois perplexe. Sans vouloir remettre en question l'atteinte anxieuse et de l'humeur, la participation d'une forme d'hystérie de conversion ne pouvait être exclue. Une éventuelle récupération après une si longue évolution négative était peu probable. La situation pouvait être considérée comme stabilisée.
41. L'OAI a confié une nouvelle expertise psychiatrique de l'assurée au docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie. Dans son rapport du 26 novembre 2008, contenant un résumé du dossier et une anamnèse et relatant les plaintes de l'assurée, cet expert a retenu les diagnostics ayant une incidence sur la capacité de travail d'état de stress post-traumatique (F 43.1) et d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F 32.10) depuis décembre 2003 environ, en exposant de manière détaillée les critères diagnostiques sur lesquels il se fondait. L'expert a notamment souligné que le cas de l'assurée était particulièrement déconcertant, avec des éléments discordants concernant la présence éventuelle d'un TCC, même

d'intensité modérée. Une perte de connaissance n'avait jamais réellement pu être objectivée et avait même été démentie par certains témoins. Il y aurait donc des arguments pour envisager une perturbation fonctionnelle des processus mnésiques par dissociation. La description des troubles mnésiques variait énormément au cours du temps. Si l'on prenait l'hypothèse d'une lésion cérébrale organique et d'une amnésie circonstancielle et rétrograde, le Dr R\_\_\_\_\_ ne pouvait comprendre comment l'assurée avait pu décrire les événements précédant immédiatement le choc par l'arrière dans le rapport de police. Il y avait selon lui des arguments supplémentaires pour ne pas privilégier une piste lésionnelle ou psycho-organique, tels les résultats des tests neuropsychologiques. L'expert a retenu que l'assurée était structurée sur un mode psychotique, comme cela ressortait des tests projectifs. Une telle structure ne représentait pas en soi une maladie. Cette structure s'était toutefois décompensée à la suite de l'accident. Il se ralliait à l'avis du Dr Q\_\_\_\_\_, s'agissant du mauvais pronostic. La capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité, et le rendement était également nul. Une réadaptation professionnelle était impossible au vu du tableau psychiatrique.

42. Par décision du 4 juin 2009, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assurée dès le 1<sup>er</sup> septembre 2003.
43. La Dresse O\_\_\_\_\_ a relevé dans son appréciation du 22 octobre 2009 qu'une IRM cérébrale avait été réalisée le 18 janvier 2008, laquelle s'était révélée sans signes de modifications post-traumatiques. Pour retenir une lésion cérébrale de gravité moyenne, il fallait selon la littérature médicale un score de Glasgow de 9 à 13, une perte de conscience de plus de 30 minutes et une amnésie de plus d'une heure. Ces deux derniers critères n'étaient pas réalisés selon la documentation, et l'imagerie était normale. Partant, une olfactométrie n'était pas indispensable. Une amnésie et un trouble de l'olfaction n'étaient pas spécifiques des suites d'un accident mais pouvaient survenir dans d'autres contextes, par exemple lors d'un état de stress post-traumatique.
44. Par décision du 6 janvier 2010, la Suva a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % à l'assurée, soit CHF 21'360.-.
45. A la même date, la Suva a rendu une seconde décision mettant un terme aux prestations d'assurance au 31 janvier 2010. Elle a retenu que selon les examens de ces médecins d'arrondissement, il n'y avait pour l'heure plus de séquelles nécessitant un traitement. Les troubles qui perduraient ne pouvaient s'expliquer organiquement et étaient imputables à des motifs psychiques. De tels troubles devaient selon la jurisprudence être indemnisés lorsqu'ils avaient un rapport pertinent en droit avec l'accident, ce que déterminaient la nature et la gravité de l'accident, la durée de l'incapacité de travail liée aux motifs physiques et certains facteurs en lien avec le processus de guérison. Ces conditions n'étaient pas réalisées en l'espèce. En effet, l'accident pouvait tout au plus être considéré comme de gravité moyenne. Il n'avait pas de caractère particulièrement impressionnant et il n'existait pas de circonstances concomitantes particulières.

46. L'assurée s'est opposée aux décisions de la Suva par écriture du 21 janvier 2010. Elle lui a reproché de s'être écartée sans explications de l'expertise du Pr K\_\_\_\_\_ s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Quant aux frais médicaux et à la rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2010 (sic), l'appréciation de la Suva sur les conditions de la causalité adéquate était insoutenable. L'assurée a rappelé son accident et le fait qu'elle avait été projetée à 22 mètres avec réception sur la tête. Son accident était ainsi grave, ou à tout le moins à la limite des accidents graves. Le lien de causalité adéquate était ainsi rempli.
47. A la demande de la Suva, le Professeur S\_\_\_\_\_, médecin-chef du service des urgences des HUG, a indiqué dans son certificat du 12 septembre 2010 que l'assurée présentait un score de 15 sur l'échelle de Glasgow lors de son admission aux urgences. Cette échelle ne permettait toutefois pas de mettre en évidence une amnésie circonstancielle ou une amnésie rétrograde. L'assurée présentait des douleurs à la palpation de la colonne cervico-dorsale et du thorax, ainsi qu'au membre inférieur gauche. Un bilan radiologique standard extensif avait ainsi été réalisé. Les radiographies de la colonne cervicale et dorsale et du crâne s'étaient révélées dans la norme. Le rapport joint du scanner cérébral effectué le 17 septembre 2002 concluait à l'absence d'anomalie.
48. Le 3 octobre 2010, l'assurée a transmis à la Suva un courrier du Pr S\_\_\_\_\_ du 23 août 2010 à son mandataire, indiquant que les ambulanciers avaient mis en évidence une perte de connaissance brève et qu'elle avait été prise en charge pour un traumatisme crânien mineur consécutif à un accident et une plaie du membre inférieur, ainsi qu'une fracture du péroné. Elle a également joint à son courrier le rapport de consultation psychiatrique du 10 octobre 2002, dans lequel les doctresses T\_\_\_\_\_ et U\_\_\_\_\_ du département de psychiatrie des HUG ont indiqué que l'assurée avait présenté une amnésie circonstancielle ainsi qu'une amnésie rétrograde de 30 minutes liée à l'accident.
49. Dans son appréciation du 15 février 2012, la Dresse O\_\_\_\_\_ a maintenu ses précédentes conclusions. Le rapport du Pr S\_\_\_\_\_ confirmait que le diagnostic de lésion cérébrale traumatique de gravité moyenne retenu par le Pr K\_\_\_\_\_ n'avait pas été posé par les urgentistes des HUG. À l'exception d'une amnésie rétrograde de trente minutes, aucune des constatations du Pr S\_\_\_\_\_ n'évoquait de lésion cérébrale, même légère. Une lésion cérébrale de gravité moyenne se définissait selon d'autres critères cliniques, notamment un score inférieur à 13 à l'échelle de Glasgow et une lésion structurelle au scanner. En l'espèce, l'amnésie rétrograde pouvait être imputée au trouble psychiatrique.
50. Interpellé par la Suva sur les conclusions des autres médecins consultés, le Pr K\_\_\_\_\_ a indiqué dans son courrier du 30 avril 2013 qu'il ne se prononçait pas sur les troubles psychiques. S'agissant de l'absence d'atteinte neurologique, il proposait qu'une évaluation de l'odorat soit réalisée pour permettre de déterminer si l'hyposmie persistait. Il existait deux classifications diagnostiques s'agissant des traumatismes crânio-cérébraux modérés : l'échelle de Glasgow, sur laquelle

---

s'étaient fondés le Pr S\_\_\_\_\_ et la Dresse O\_\_\_\_\_ pour conclure à un traumatisme mineur, et l'importance effective des troubles post-traumatiques. Le médecin ayant signalé à l'époque une amnésie complète effectivement de 30 minutes et une amnésie partielle antérograde de 3 mois, le Pr K\_\_\_\_\_ s'en tenait à son diagnostic d'atteinte modérée.

51. Par décision du 28 octobre 2013, la Suva a écarté les oppositions à ses décisions du 6 janvier 2010. S'agissant du point de savoir si l'assurée avait subi une lésion cérébrale traumatique laissant subsister des séquelles organiques, un TCC ou un traumatisme crânien simple, elle a soutenu qu'aucun choc à la tête n'avait été établi à satisfaction de droit. Le scanner s'était révélé normal et aucune lésion physique ou plainte n'avait été rapportée. Le traumatisme crânien mineur retenu par le Pr S\_\_\_\_\_ ne démontrait pas l'existence d'une atteinte cérébrale structurelle traumatique. Les conclusions du Pr K\_\_\_\_\_ étaient contredites par la Dresse O\_\_\_\_\_, sur la base d'une IRM cérébrale normale. Il n'y avait ainsi aucune suite somatique de l'accident d'un point de vue neurologique. Invité à se prononcer une nouvelle fois, le Pr K\_\_\_\_\_ avait confirmé ses conclusions. Il n'avait cependant objectivé aucune lésion organique cérébrale. Il était ainsi légitime de s'écarter de ses conclusions et de reconnaître une pleine valeur probante au rapport de la Dresse O\_\_\_\_\_. Compte tenu du fait que les troubles psychiques avaient très tôt dominé les problèmes allégués par l'assurée, il y avait lieu d'examiner la causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident conformément à la jurisprudence. Aucune chute sur la tête ne pouvait être retenue et un danger de mort immédiat devait être écarté, si bien que l'accident ne pouvait être qualifié de grave. Une chute à vélo dans le trafic devait être qualifiée de gravité moyenne, à la limite inférieure. En l'espèce, compte tenu de la force d'impact ayant projeté l'assurée à 22 mètres, la gravité de l'accident devait être qualifiée de moyenne mais pas non plus à la limite supérieure de la catégorie des accidents graves. L'accident ne pouvait être comparé à une collision frontale entre un deux-roues et une voiture, lors de laquelle l'entier des forces était absorbé par le deux-roues. Les autres critères jurisprudentiels n'étaient pas non plus réalisés. Il n'était pas contesté que l'assurée n'avait pas gardé de souvenir de l'accident en raison d'une amnésie rétrograde et circonstancielle. Dans une telle situation, le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident devait être écarté. Les lésions physiques n'étaient pas propres à entraîner des troubles psychiques. Quant aux douleurs persistantes, elles n'étaient pas particulièrement importantes. Aucune erreur de traitement ou complication importante ne devait être déplorée. S'agissant du critère de la durée et de l'importance de l'incapacité de travail, il n'était pas non plus réalisé puisque moins de deux ans après l'accident, l'évolution au plan locomoteur était terminée et les séquelles ne généraient pas d'incapacité de travail dans l'enseignement. La Suva était ainsi fondée à mettre un terme aux prestations. Pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, faute d'atteinte neurologique structurelle et de lien de causalité adéquate, ni l'hyposmie ni les troubles psychiques ne devaient être pris en compte dans son

---

évaluation. Le taux de 20 % ressortant du rapport du Dr J\_\_\_\_\_ du 20 juin 2007 correspondait à 40 % de la valeur du membre pris en totalité. Les 30 % articulés par le Pr K\_\_\_\_\_ pour l'atteinte orthopédique n'étaient par ailleurs pas motivés et ne relevaient pas de sa discipline.

52. Par écriture du 28 novembre 2013, l'assurée a interjeté recours contre la décision de la Suva. Elle a conclu, sous suite de dépens, préalablement à l'audition de témoins, et au fond à l'annulation de la décision, à la mise en œuvre d'une expertise neurologique et d'une expertise technique pour déterminer la vitesse du véhicule responsable de l'accident, à ce qu'il soit constaté que l'état de stress post-traumatique était en lien de causalité adéquate avec l'accident et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. La recourante a allégué que selon son mari, lequel était ingénieur, la voiture qui l'avait heurtée roulait à plus de 80 km/h. On ignorait ainsi la différence des forces en présence. Elle était retombée sur le sol, l'arrière de sa tête et son visage heurtant le sol. A l'appui de cette allégation, la recourante a notamment produit deux photographies non datées, sur lesquelles on distingue une marque violacée au haut de sa pommette gauche. Les ambulanciers avaient mis en évidence une brève perte de connaissance. La gravité de l'accident était également due au fait que la voiture impliquée était entrée en contact avec la jambe de la recourante, causant une blessure avec une importante perte de substance traitée par greffes de peau. La recourante souffrait encore des suites de l'accident, dont les séquelles physiques étaient les suivantes : séquelles esthétiques, boiterie, hypoesthésies des différentes branches nerveuses, œdème post-traumatique diffus de la jambe gauche, qui limitaient sa capacité de travail dans un poste sédentaire et imposaient l'alternance des positions et le port de bas de contention. Elle a notamment fait grief à l'intimée de s'être distancée des conclusions du Pr K\_\_\_\_\_, et a produit une prise de position de ce dernier du 13 novembre 2013, dans laquelle ce spécialiste regrettait qu'un avis neurologique soit écarté par un avis psychiatrique et interniste. Si le Pr K\_\_\_\_\_ se disait conscient de la situation particulière et non classique de ce traumatisme, il existait des critères d'amnésie post-traumatique et de troubles de la récupération entrant dans les critères de traumatismes cranio-cérébraux modérés, et une nouvelle expertise devait cas échéant être mise sur pied. La recourante a affirmé que la présence d'un TCC ne pouvait être contestée, notamment en raison de la violence du choc. Compte tenu de la distance de projection, il était plus que probable que la recourante ait heurté le sol avec la tête et le visage. Le rapport de police mentionnait du reste une forte commotion cérébrale. Au vu des divergences entre le rapport du Pr K\_\_\_\_\_ et les autres avis, une expertise s'imposait. Quant au lien de causalité adéquat entre l'accident et les troubles psychiques, l'intimée tentait de minimiser la gravité de l'accident. Tous les critères jurisprudentiels ne devaient pas être retenus pour admettre un tel lien en fonction de la catégorie de l'accident. Sans expertise technique, l'intimée ne pouvait affirmer que le choc subi par la recourante n'était pas comparable à une collision frontale d'un cycliste avec un automobiliste. La recourante avait de plus subi de très graves lésions physiques,

entraînant notamment une diminution de rendement de 20 %. On ne pouvait de plus nier le caractère particulièrement impressionnant d'un accident au motif que l'assuré ne s'en souvenait pas.

53. Dans sa réponse du 10 février 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a affirmé que la recourante ne présentait plus d'atteinte au plan purement somatique, comme cela ressortait de l'appréciation du Dr J\_\_\_\_\_ de juin 2004. La recourante ne le contestait d'ailleurs pas, seuls les troubles d'ordre psychologique étaient problématiques. L'intimée a allégué que les médecins du service des urgences des HUG n'avaient pas posé le diagnostic de TCC. Aucune blessure au crâne n'avait été constatée lors du séjour aux HUG ou à la clinique de Montana. Le premier diagnostic de TCC avait été posé 4 ans après l'accident par le Pr K\_\_\_\_\_. Ce dernier avait retenu une amnésie rétrograde de 3 mois, alors qu'elle avait toujours été mesurée à 30 minutes. Aucun des médecins jusqu'alors consulté n'avait signalé de cicatrice sous l'œil gauche. La causalité entre cette cicatrice et l'accident n'était ainsi pas démontrée. De plus, le rapport du Pr K\_\_\_\_\_ n'était pas complété par des documents radiologiques. Son expertise n'était dès lors pas probante. Le Pr S\_\_\_\_\_ avait confirmé qu'aucune douleur ou atteinte au crâne n'avait été constatée lors des suites de l'accident, ce qui corroborait l'appréciation de la Dresse O\_\_\_\_\_. Le Pr K\_\_\_\_\_ avait d'ailleurs confirmé que le raisonnement de ses confrères se basant sur l'échelle de Glasgow était exact, même s'il avait mal compris ce raisonnement. Le Pr S\_\_\_\_\_ et la Dresse O\_\_\_\_\_ avaient en effet exclu un TCC. Seul l'avis de la Dresse O\_\_\_\_\_ devait être retenu. L'intimée a répété que l'accident devait être classé dans la catégorie de gravité moyenne et que les critères jurisprudentiels n'étaient pas réalisés pour retenir un lien de causalité entre les atteintes psychologiques de la recourante et l'accident du 17 septembre 2002. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la recourante n'en traitait pas dans son recours, si bien que l'intimée renvoyait à sa décision sur opposition sur ce point.
54. Dans sa réplique du 4 mars 2014, la recourante a contesté admettre qu'elle ne présentait plus d'atteinte somatique. Le Dr J\_\_\_\_\_ n'était pas non plus parvenu à une telle conclusion. Quant au fait que les urgentistes n'aient pas posé le diagnostic de TCC, cela ne signifiait pas qu'il n'existait pas. Dans la mesure où l'intimée avait considéré qu'une expertise neurologique était nécessaire et qu'elle contestait la valeur probante de celle du Pr K\_\_\_\_\_, le principe de la bonne foi exigeait qu'elle mette sur pied une nouvelle expertise. Il était faux d'affirmer qu'une chute sur la tête ne ressortait pas du dossier, et si tel était le cas, c'était parce que le dossier avait été mal instruit. Quant à la gravité de l'accident, il était arbitraire d'affirmer que la vitesse de la voiture l'ayant percutée était de 60 à 70 km/h. Une expertise technique s'imposait sur ce point. La projection à 22 mètres d'un corps suffisait déjà à remplir le caractère impressionnant de l'accident. La vie de la recourante avait été objectivement mise en danger, car elle avait perdu beaucoup de sang alors qu'elle était sous traitement anti-coagulant.

55. Le 20 mars 2014, la recourante a affirmé que selon les informations reçues de son médecin, une IRM normale ne permettait pas d'exclure un traumatisme crânien. Elle a produit un rapport de la consultation de rhinologie des HUG du 12 mars 2014, signé par le docteur V\_\_\_\_\_, concluant à une hyposmie unilatérale gauche avec une présentation plutôt centrale, sans atteinte des seuils et de la fonction périphérique olfactifs, alors que la partie requérant des capacités cognitives semblait plus touchée à gauche qu'à droite. Il s'agissait d'une constellation inhabituelle parfois trouvée chez des patients avec des atteintes post-traumatiques.

56. La chambre de céans a entendu les parties en date du 2 avril 2014.

La recourante a affirmé que selon une des témoins de l'accident, décédée depuis, elle avait brièvement perdu conscience sur les lieux de l'accident. Elle devait porter des bas de contention à la suite de l'accident, qui n'étaient que partiellement remboursés par son assurance-maladie. Depuis l'accident, elle devait prendre un traitement anticoagulant à vie. Au début, l'intimée remboursait les bas de contention. Elle a répété que selon son mari, la conductrice de la voiture impliquée circulait à plus de 80 km/h. Elle était scandalisée qu'on ne reconnaisse pas qu'elle avait subi un accident grave.

Les parties se sont dites d'accord avec la mise en œuvre d'une expertise neurologique avec un complément oto-rhino-laryngologique.

La recourante a remis à la chambre de céans un bordereau de pièces, comprenant les documents suivants :

- attestation de sa mère, qui était à ses côtés aux urgences des HUG après son accident et qui disait pouvoir certifier qu'elle était victime d'une très grave commotion cérébrale, car elle répétait en boucle les mêmes questions, et qu'elle avait subi un scanner en raison d'une plaie à la tête saignant beaucoup ;
- attestation de Madame W\_\_\_\_\_, amie de la recourante, qui lui avait rendu visite le lendemain de l'accident alors que cette dernière n'avait pas de souvenirs de l'accident et portait un pansement à la tête, et relatant les problèmes de concentration et de mémoire dont se plaignait la recourante ;
- attestation de Madame X\_\_\_\_\_, amie de la recourante, qui lui avait rendu visite le lendemain de l'accident, et selon laquelle cette dernière souffrait d'une forte commotion cérébrale et portait un bandage ou un pansement à la tête, et évoquant les problèmes rencontrés depuis par la recourante ;
- attestation de Madame Y\_\_\_\_\_, fille de la recourante, qui avait vu sa mère après l'accident avec les cheveux ensanglantés, répétant sans cesse les mêmes questions. Elle avait eu pendant des mois un trou à la tête sans cheveux à l'endroit où sa tête avait tapé le béton, et une cicatrice à la joue. La fille de la recourante a rapporté les changements intervenus depuis l'accident dans le quotidien de sa mère ;

- attestation de Madame Z\_\_\_\_\_, amie de la recourante, qui disait lui avoir rendu visite après son hospitalisation et avoir constaté de nombreuses blessures au visage et à la tête ;
  - certificat du 31 mars 2014 du docteur AA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en gynécologie-obstétrique, signalant que la recourante présentait le 6 décembre 2002 les suites d'une commotion cérébrale, un délabrement du membre inférieur gauche et une fracture du péroné réparée.
57. Par écriture du 3 avril 2014, la recourante a relevé qu'une expertise orthopédique paraissait nécessaire pour l'estimation de l'atteinte à l'intégrité. Elle a produit une attestation de son ex-mari, Monsieur AB\_\_\_\_\_, qui a relaté les faits que lui avaient rapportés d'autres témoins sur les suites immédiates de l'accident; une attestation de sa sœur qui avait constaté des blessures sur ses pommettes à l'hôpital et qui faisait état d'un traumatisme intra-crânien ; une attestation de Monsieur AC\_\_\_\_\_, physiothérapeute, selon laquelle la recourante avait des douleurs dans les membres inférieurs l'obligeant à porter des bas de contention, indispensables à la station verticale, et qui évoquait des répercussions de l'accident sur le rachis ; un certificat du 21 janvier 2015 du Dr N\_\_\_\_\_, qui indiquait n'avoir constaté aucune lésion cutanée chez la recourante le 2 septembre 2002, alors qu'elle présentait des séquelles d'une commotion cérébrale et des lésions de la pommette gauche et du cuir chevelu en janvier 2003.
58. Le 11 avril 2014, la recourante a transmis à la chambre de céans un rapport du 3 avril 2014 du Dr V\_\_\_\_\_, qui avait fait réaliser une IRM cérébrale ne montrant aucune contusion ou masse expliquant les troubles olfactifs. La cause la plus vraisemblable de l'hyposmie restait une séquelle post-traumatique.
59. Dans ses déterminations du 29 avril 2014, l'intimée a déclaré s'en remettre à justice s'agissant de la nécessité d'une expertise orthopédique.
60. Le 20 mai 2014, la recourante a fait parvenir à la chambre de céans une attestation de la doctoresse AD\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, qui confirmait qu'elle avait rencontré la recourante dans le cadre du traitement de son fils, et que cette dernière présentait en janvier 2003 des interruptions du cours de la pensée et signalait des troubles de l'endormissement et des cauchemars. La recourante a allégué que ce document démontrait l'absence de fondement juridique de la décision querellée.
61. Invitée par la chambre de céans à se déterminer sur les spécialistes pressentis à titre d'experts, la recourante a requis dans son écriture du 22 septembre 2014 que la doctoresse AE\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie, s'adjoigne le concours d'un orthopédiste. Elle a énuméré les questions qui devaient être posées aux experts.
62. Par observations du 25 septembre 2014, l'intimée a indiqué n'avoir aucun motif de récusation à faire valoir à l'encontre des experts proposés par la chambre de céans, et a indiqué les questions qu'elle souhaitait leur voir poser.

---

63. Le 6 octobre 2014, l'intimée s'est déterminée sur la nécessité d'un volet orthopédique. Elle a affirmé qu'il avait été convenu lors de l'audience qu'il n'était pas nécessaire dans un premier temps.

64. Par ordonnance du 7 octobre 2014 (ATAS/1056/2014), la chambre de céans a chargé les docteurs AE\_\_\_\_\_, AF\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, AG\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL) et AH\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, de procéder à l'expertise de la recourante.

Après avoir indiqué que la recourante, alors qu'elle roulait à bicyclette, avait été violemment heurtée par une voiture et projetée à 22 mètres et qu'elle avait notamment subi un traumatisme crânien, la chambre de céans a en substance retenu que les conclusions du Pr K\_\_\_\_\_ n'apparaissaient pas prima facie contradictoires et que les éléments retenus par les médecins de l'intimée ne permettaient pas de remettre en cause sans autre forme de procès les conclusions de cet expert, ni de douter de leur fiabilité. Partant, une expertise s'imposait.

65. Dans son écriture du 10 octobre 2014, l'intimée a contesté l'ordonnance en tant qu'elle retenait que la recourante avait été violemment heurtée par une voiture et projetée 22 mètres plus loin sur la chaussée, et qu'elle avait subi un traumatisme crânien. Elle a allégué que ce point devait précisément faire l'objet de l'expertise. La violence du choc relatée était également sujette à caution. L'intimée a sollicité la rectification de l'ordonnance.

66. Par courrier du 13 octobre 2014, la chambre de céans a indiqué à l'intimée que la dénomination de traumatisme crânien ressortait de plusieurs rapports médicaux et que sa mention dans l'ordonnance ne préjugait en rien du fond. Il n'y avait ainsi pas lieu à rectification.

67. Le 6 février 2015, la recourante a transmis aux experts les documents suivants :

a. rapport d'examen neuropsychologique du 8 juillet 2014 réalisé aux HUG, mettant en évidence un score pathologique à une échelle d'anxiété-dépression ainsi qu'à une échelle évaluant le stress post-traumatique, la présence de plusieurs répétitions et intrusions à un test de mémoire verbale, et un score de stratégie modérément déficitaire dans une tâche d'auto-activation figurale. Ces résultats pouvaient s'inscrire dans le cadre psychiatrique. Plus spécifiquement, en situation de stress, le focus attentionnel de la recourante était davantage dirigé vers son état intérieur plutôt que vers son environnement, entraînant une série de difficultés dans le quotidien.

b. rapport du Dr V\_\_\_\_\_ du 27 octobre 2014, mentionnant une impression de normosmie droite et d'hyposmie gauche. La fonction olfactive restait abaissée par rapport à la norme et montrait une certaine fluctuation, sans réelle amélioration. On pouvait considérer qu'il y avait une récupération partielle depuis 2002, mais la situation devait désormais être considérée comme stable, bien qu'une récupération spontanée ne puisse être exclue.

- c. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 4 février 2015, posant les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1) et de trouble dépressif récurrent d'intensité moyenne (F 32.1), et certifiant voir la recourante une fois par semaine depuis janvier 2003. Le psychiatre a indiqué que la recourante se souvenait très bien du contexte psychoaffectif de l'accident et de sa peur de mourir, en raison de son trouble de la coagulation.
68. Le 20 février 2015, la recourante a fait parvenir aux experts la fiche d'intervention des ambulanciers qui l'avaient prise en charge lors de son accident. Ce document indiquait notamment sous la rubrique anamnèse une brève perte de connaissance, une patiente choquée, et une plaie à la tête.
69. Le 24 février 2015, l'intimée s'est opposée à la production de nouveaux éléments médicaux par la recourante, qu'elle a accusée de vouloir influencer les experts. Elle a exigé leur retrait du dossier des experts, lesquels devaient rendre un avis neutre.
70. Par courrier du 25 février 2014, la chambre de céans a répondu à l'intimée que si le procédé de la recourante pouvait paraître critiquable en tant qu'elle s'adressait directement aux experts et produisait de nouvelles pièces, on ne saurait en tirer de conclusions quant à ses intentions d'influencer les experts. Ces derniers seraient en mesure d'apprécier le cas en toute indépendance et d'examiner la pertinence des documents remis du point de vue médical. La recourante était pour le surplus invitée à ne pas produire de nouveaux documents.
71. Le 26 février 2015, la recourante a soutenu que c'était à la demande des experts qu'elle avait complété le dossier. De plus, la maxime inquisitoire était applicable à la cause et la production de pièces nouvelles en cours de procédure était admissible.
72. Les experts ont rendu leur rapport en date du 3 juin 2015.

Celui-ci contenait un résumé des pièces du dossier. Dans ce contexte, les experts ont notamment signalé un rapport du 17 septembre 2002 du service des urgences des HUG, à la teneur suivante : « Se fait shooter par une voiture. TCC PC ? Amnésie circonstancielle. Patiente obnubilée. Douleur cervicale. Douleur jambe G. BEG, eupnéique, Glasgow 15. Orientée dans l'espace mais pas dans le temps. Douleur palpation de la colonne dorsale. RX : pas de fracture colonne, thorax et bassin. Fracture péroné G non déplacée. Plaie délabrée mollet gauche -> pas de pouls pédieux ».

Chacun des experts a procédé à une anamnèse. La recourante a ainsi déclaré à la Dresse AE\_\_\_\_\_ que lors de sa 3<sup>ème</sup> thrombose, elle vivait des moments difficiles en raison des soucis que traversait son fils, qui suivait une psychothérapie deux fois par semaine. Dans ce contexte, l'experte rhumatologue a également relaté que la recourante disait qu'elle ne reconnaissait pas les visages des gens et qu'elle avait des troubles de l'olfaction depuis l'accident. Elle marchait lentement. Elle ne pourrait plus travailler debout dans un laboratoire ni être assise plus d'une heure ou une heure trente d'affilée. Elle devait tendre sa jambe et ne pourrait le faire dans l'enseignement. Elle ne pouvait porter plus d'un ou deux kilos. La seule activité

qu'elle décrivait consistait à rendre visite à ses parents. Elle disait avoir bien réussi son divorce, confiant que son mari avait une maîtresse depuis une dizaine d'années et qu'il était devenu très impatient avec elle après l'accident.

Le neurologue a ensuite relaté dans le cadre de l'anamnèse les circonstances de l'accident telles que décrites par la recourante, qui ne gardait aucun souvenir de l'accident, son amnésie rétrograde remontant jusqu'à quelques instants avant d'avoir quitté la piste cyclable. Elle avait repris ses esprits le lendemain aux HUG. Les ambulanciers avaient indiqué une brève perte de connaissance d'une à deux minutes. A l'arrivée à l'hôpital, selon sa mère, elle avait répété en boucle une dizaine de questions pendant plusieurs heures, ce dont elle ne se souvenait pas du tout. Aux urgences, on décrivait un score de Glasgow à 15 et une certaine obnubilation et une désorientation dans le temps. L'assurée se souvenait de violentes douleurs céphaliques, d'une douleur sous-orbitaire gauche ainsi que d'importantes douleurs de toute la jambe gauche. Elle s'était par la suite plainte très rapidement de troubles de la mémoire, de la concentration, de difficultés de lecture, d'angoisses importantes, de sursauts, de troubles du sommeil avec difficultés d'endormissement et réveils itératifs en relation avec des cauchemars. Au plan neurologique, l'assurée se plaignait toujours de céphalées et surtout de douleurs à type de décharges dans la région zygomatique gauche, de troubles de la mémoire et d'une fatigue. Dans ce cadre, le neurologue a décrit différents rapports médicaux. Parmi les antécédents médicaux, les experts ont également décrit les thromboses et le traitement anticoagulant, précisant qu'il s'agissait de données anamnestiques et qu'ils ne disposaient pas du rapport d'un spécialiste sur ces éléments.

Au plan ORL, la recourante s'estimait très gênée avec une diminution du plaisir dans la vie quotidienne. Elle n'avait pas eu de vertiges, mais parfois des acouphènes de basse fréquence de l'oreille gauche. Il ne lui était pas possible de dater l'apparition de ces acouphènes. Depuis l'accident, la recourante se plaignait également de la présence de croûtes dans les deux narines, qu'elle attribuait à une maladie nosocomiale contractée lors de son hospitalisation, et une obstruction nasale intermittente bilatérale, présente tant la journée que la nuit, plus importante à gauche qu'à droite. L'experte ORL a noté que l'olfactométrie d'octobre 2014 montrait une récupération partielle spontanée de l'odorat. L'anamnèse révélait des infections des voies aériennes supérieures à répétition pendant la petite enfance, qui avaient justifié une adénoïdectomie à l'âge de 4 ans. Les seuils de reconnaissance des odeurs étaient relativement conservés pour les deux narines.

Le rapport énumérait ensuite les plaintes relatées aux experts. Celles qui étaient signalées au neurologue concernaient des céphalées en casque assez globales peu intenses, plus ou moins permanentes, associées à des lancées en coups de couteau dans la région temporale gauche occasionnelles mais fréquentes, plusieurs fois par semaine, de durée plutôt fugace. La recourante rapportait également des douleurs sous-orbitaires gauches surtout à la pression, sans caractère névralgique. Peu après l'accident en 2003, elle avait consulté le Dr G\_\_\_\_\_ pour un trouble de l'olfaction

et de violentes douleurs à la tête. Cela allait beaucoup mieux sur le plan de l'intensité des douleurs. La recourante dormait mal et se réveillait parfois en sursaut. Elle ressentait des douleurs de la ceinture scapulaire gauche, de la nuque et de l'ensemble du dos depuis l'accident. Elle avait des douleurs de péri-arthropathie des hanches, surtout à droite quand elle marchait, et des douleurs de la jambe gauche permanentes et intenses lorsqu'elle marchait, avec des dysesthésies et des zones d'insensibilité. Les douleurs étaient beaucoup plus intenses sans ses bas de contention, qu'elle portait en permanence. Elle avait peur de tomber si elle marchait vite. Son périmètre de marche était réduit à 100 mètres. Au plan de l'odorat, elle ne sentait aucune odeur avec sa narine gauche et quelques odeurs avec la narine droite. Elle avait des troubles cognitifs, avec des troubles de la concentration et des difficultés à la lecture assidue et pour la reconnaissance des visages. Elle avait l'impression que c'était avant tout la mémoire de tous les jours qui était perturbée, avec des difficultés pour se souvenir de certains rendez-vous. La recourante décrivait des cauchemars toutes les nuits, un état de qui-vive, une peur de mourir, un sentiment de catastrophe imminente. Elle avait des bouffées d'angoisse. Elle avait régulièrement des pensées intrusives en lien avec l'accident, qui parfois tournaient en boucle. Elle évoquait un fond de tristesse permanent.

Les experts ont procédé à des examens cliniques dans leurs domaines de compétence respectifs, complétés par des radiographies des jambes, qui n'ont pas révélé de pseudarthrose ou de dystrophie. Les tests d'olfaction ont révélé une légère hyposmie à gauche.

Dans leur appréciation, les experts ont relevé que la recourante avait présenté des thromboses veineuses profondes à répétition sur une déficience en protéine C nécessitant une anticoagulation, et qu'elle avait développé un status post-thrombotique important. Le traitement anti-coagulant était un facteur de risque de complication après un TCC. Lors de l'accident, la recourante avait brièvement perdu connaissance. Elle pouvait décrire son chemin jusqu'à l'accident. Elle avait subi des plaies et des dermabrasions au visage. L'expert neurologue s'est dit non convaincu que l'amnésie prétraumatique, de 3 mois selon la description du Pr K\_\_\_\_\_, soit aussi longue. La recourante se souvenait en effet d'être allée à son cours d'anglais et donnait des détails sur son parcours à bicyclette et sa vie familiale et professionnelle dans les semaines précédant l'accident. Il considérait que l'amnésie antérograde prétraumatique n'était que de quelques minutes, et très proche de la durée de l'amnésie circonstancielle. Il se ralliait à l'évaluation de la Dresse O\_\_\_\_\_. En effet, les différents éléments permettaient de situer le traumatisme crânien au niveau diagnostique d'une commotion légère (Mild Traumatic Brain Injury selon la classification de l'EFNS) ou d'un traumatisme crânien léger. La recourante n'avait pas fait de complication neurologique focale identifiée initialement, malgré tous ces facteurs de risque. Quant à la blessure de la jambe gauche, l'absence de perception du pouls pédieux avait initialement fait craindre l'évolution d'une ischémie aigue, voire d'une amputation. Les spécialistes

concluait à un status après traumatisme crânien mineur ayant bien évolué, malgré la présence initiale de plusieurs risques de complication, tels que sa survenance à haute énergie et le traitement anticoagulant. Les bilans neuropsychologiques réalisés en 2005, 2006, 2007 et 2014 étaient concordants dans le sens d'une absence de séquelle cognitive et d'une lésion structurelle. Les différents examens neurologiques ainsi que les examens neuroradiologiques étaient toujours restés dans les normes.

Une suspicion d'hypertrophie relative des bulbes olfactifs était évoquée, sans que le neuroradiologue puisse confirmer qu'il ne s'agissait pas d'une variante de la norme. L'hyposmie à gauche était confirmée au status. Le diagnostic d'hyposmie avait été posé dans un second temps, ce qui n'était pas inhabituel lors des polytraumatismes. Les troubles olfactifs pouvaient s'observer après des traumatismes crâniens, même mineurs, selon une fréquence variant de 1 à 80 % selon les auteurs. Cette grande variabilité s'expliquait par l'association avec des traumatismes mettant en jeu la vie du patient et retenant l'intérêt des équipes médicales, par la nécessité d'une collaboration du patient pour l'évaluation de ce trouble, mais aussi par le peu d'intérêt porté à cette pathologie en présence d'autres lésions plus graves en phase initiale. L'hyposmie constituait un dommage permanent en relation hautement vraisemblable avec le traumatisme crânien. La recourante avait récupéré en grande partie de l'atteinte presque globale identifiée par le Dr G\_\_\_\_\_. Quant au pronostic, on pouvait considérer que la situation était stable et que l'on ne pouvait pas raisonnablement s'attendre à une amélioration de l'odorat.

Les séquelles du membre inférieur gauche comportaient une atteinte neurologique avec des troubles de la sensibilité affectant plusieurs nerfs périphériques. Il existait un important remaniement cicatriciel des tissus mous, comportant le risque d'aggravation du syndrome post-thrombotique à cette hauteur. L'œdème distal était asymétrique, plus marqué à gauche. C'était aussi le côté où il y avait eu plusieurs épisodes thrombotiques. La première thrombose, survenue à gauche, avec extension très proximale, avait donné lieu à un syndrome post-thrombotique étendu avec circulation collatérale visible au niveau abdominal. Une telle atteinte pouvait donner lieu à une aggravation progressive indépendante d'un traumatisme. L'état antérieur dominait le tableau sur le plan du syndrome post-thrombotique. En l'absence d'examens angiologiques suivis dans le temps avant et après l'accident, il fallait admettre un rôle très partiel de l'accident, n'atteignant pas le seuil d'un dommage permanent en lui-même. Au plan osseux, la fracture du péroné avait guéri sans séquelle. Il n'y avait pas de pseudarthrose ni d'algodystrophie. Les clichés actuels des articulations adjacentes étaient sans lésion, malgré la discrète ankylose de la cheville et de la sous-astragalienne, attribuable à des rétractions des tissus mous secondaires à l'accident. Du point de vue esthétique, les séquelles étaient importantes et justifiaient la reconnaissance d'un dommage permanent. S'agissant des céphalées primaires et intermittentes décrites par la recourante, elles ne paraissaient pas interférer avec l'exigibilité au travail au long cours. La capacité de

travail au plan somatique était totale dans l'activité de biologiste et d'enseignante, pour autant que la recourante porte ses bas de contention et qu'elle ne soit pas strictement debout ou assise en position statique tout au long de la journée de travail. Ces éléments valaient depuis l'évaluation du Dr J\_\_\_\_\_ en juin 2004. L'hyposmie rendrait difficile l'enseignement de branches où l'odorat doit être utilisé, mais ne constituait pas d'obstacle dans les anciennes professions. La situation était stationnaire depuis le bilan final de l'intimée de juin 2004. En raison de son problème veineux, la recourante devait continuer à porter des bas de contention et suivre un traitement anti-coagulant. Il n'était pas de la compétence des experts de déterminer si le traitement anti-coagulant à vie avait été prescrit des seules suites du traumatisme. A leur avis, le status post-thrombotique était d'emblée présent et plus important à gauche, côté où la recourante avait fait deux thromboses antérieurement, ce qui justifiait la poursuite de l'anti-coagulation selon ses médecins traitants et le port permanent de bas de contention. Au plan ORL, en sus de l'hyposmie, la recourante présentait une rhinite croûteuse qui n'était certainement pas en relation avec le traumatisme.

Au plan psychiatrique, l'anamnèse ne révélait pas de maltraitances ou de traumatismes particuliers. Il n'y avait pas de notion de troubles des conduites ou du comportement durant l'adolescence. L'âge adulte était marqué par un fonctionnement particulier au niveau professionnel : bien qu'au bénéfice d'une licence en biologie moléculaire, la recourante n'avait travaillé que quelques mois dans ce domaine pour ensuite effectuer du secrétariat. Ultérieurement, elle avait enseigné les maths à 50 % au cycle d'orientation et s'était vue débordée et stressée rapidement, avant de se consacrer entièrement à ses enfants. La structure de personnalité se constituait progressivement dès l'enfance puis dans l'adolescence pour se consolider à l'âge adulte, et elle restait plus ou moins compensée selon les événements existentiels. Le fonctionnement dès l'âge adulte, la difficulté à gérer les pertes et les défenses de type clivage notamment correspondaient cliniquement à un trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline, mal compensé déjà avant l'accident. La lecture des éléments anamnestiques des rapports des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ confirmait un trouble de la personnalité, bien que ce diagnostic n'y figure pas. Par moments, la recourante perdait le fil de son discours et cherchait ses mots. Ponctuellement, elle paraissait dissociée. À trois reprises, elle avait poussé un bref hurlement strident, se disant très angoissée à l'évocation de certains mots, tels accident et cauchemars. Toutefois lorsqu'elle était invitée à préciser ses cauchemars, elle les décrivait de manière inaffective, sans hurler, comme si elle était dissociée. Ces cris sans déclencheur particulier, associés à la présentation lisse, évoquaient un trouble de conversion. Dans les éléments de la lignée dépressive, une humeur dépressive, une perte de l'intérêt ou du plaisir à des activités habituellement agréables, un manque d'énergie vitale, une diminution de la confiance en soi, un sentiment de culpabilité, des troubles du sommeil avec cauchemars, une difficulté à soutenir son attention à se concentrer, associés à une anhédonie, à une incapacité à ressentir des émotions, à un réveil très matinal et une

absence de libido étaient relatés. Selon la CIM-10, ces symptômes correspondaient à un épisode dépressif moyen avec syndrome somatique. La notion de cauchemars récurrents, de pensées intrusives liées à l'accident, d'un état de qui-vive, d'un seuil anxiogène fortement abaissé, d'un évitement émotionnel et la peur de mourir au moment de l'accident correspondaient aux critères de la CIM-10 d'un état de stress post-traumatique. La Dresse AH\_\_\_\_\_ indiquait ne pas être en mesure de préciser si les épisodes de dissociation et de déréalisation étaient dus à l'état de stress post-traumatique, au trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (structure psychotique), aux troubles de conversion ou à l'ensemble de ces pathologies. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, mal compensé et se greffant sur une structure psychotique, était préexistant à l'accident. Il avait favorisé l'émergence d'un état de stress post-traumatique et sa chronicité puis des troubles de conversion. L'accident avait fait office de catalyseur et avait décompensé le trouble de personnalité préexistant; ceci se traduisait par des dysfonctionnements majeurs au quotidien, un état de qui-vive, des angoisses de mort, un retrait social, une réduction massive des capacités adaptatives, d'apprentissage et de la tolérance au stress. Ces limitations empêchaient toute activité professionnelle, tant dans l'ancienne activité que dans une activité adaptée. Quant à la relation de causalité, l'état de stress post-traumatique, le trouble de conversion et l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique étaient en relation de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 17 septembre 2002. Des facteurs étrangers étaient toutefois présents, à savoir le trouble de personnalité émotionnellement labile, type borderline (structure psychotique de personnalité), mal compensé avant l'accident, de l'ordre de 50 %. Avant l'accident, la recourante montrait déjà des signes de fragilité psychique. La pérennité, voire l'aggravation des troubles 12 ans après l'accident, constituait un mauvais pronostic.

À l'issue de leur discussion consensuelle, les experts ont considéré que le dommage permanent subi par la recourante ne compromettait pas l'exigibilité au travail en tant qu'enseignante ou biologiste sur le plan somatique. Il entraînait en revanche des limitations fonctionnelles ayant des répercussions sur son activité ménagère, que les experts ont détaillées. Les diagnostics posés étaient les suivants : status après écrasement et plaie délabrante de la jambe gauche (S 87.8) lors d'un accident de circulation, fracture du péroné, syndrome de loge, ayant nécessité un débridement avec ablation d'un lambeau fascio-cutané, greffes de peau mince et un parage, hypoesthésies et dysesthésies résiduelles locales, cicatrice disgracieuse résiduelle, perte de substance non restituée au niveau des parties molles, status post-thrombotique des membres inférieurs, prédominant à gauche, avec caput medusae (circulation collatérale) au niveau de la paroi abdominale après thromboses veineuses profondes à répétition des membres inférieurs en 1980, 2000 et 2001 avec découverte d'un déficit en protéine C, status après TCC mineur (S 06.0), hyposmie gauche post-traumatique (G 52), status post rhinosinusite croûteuse (J 31.0), trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline

---

(décompensé) (F 60.31), état de stress post-traumatique (F 43.1), épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et trouble dissociatif sans précision (F 44.9).

Les diagnostics en lien de causalité avec l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante étaient le status après écrasement et plaie délabrante de la jambe gauche (S 87.8), la fracture du péroné, le syndrome de loge. Les séquelles provoquaient une discrète ankylose de la cheville et de la sous-astragaliennne, une diminution de la sensibilité de la jambe, des troubles locaux tissulaires, une diminution de la résistance de la jambe à l'effort. La recourante ne pouvait travailler dans un poste avec de longs déplacements (plus de 100 mètres de manière répétée) ni en position statique prolongée. Une activité semi-sédentaire était suggérée. Il fallait éviter les charges répétitives de plus de 5 kg et occasionnelles de plus de 10 kg. Il convenait également d'éviter le travail en position statique prolongée, les sols instables, les échelles, les escabeaux, ainsi que le travail en zone basse, les longs déplacements et les charges répétitives. Il n'y avait pas de limitation dans les professions ne nécessitant pas une reconnaissance olfactive.

S'agissant des séquelles organiques du TCC, le neurologue a signalé l'hyposmie, prouvée par les tests cliniques, mais non évidente sur les examens par neuro-imagerie.

S'agissant du *statu sine vel ante*, les experts ont noté que l'accident avait eu un rôle non significatif dans le status post-thrombotique à gauche, sous réserve d'un bilan angiologique antérieur comparé à l'état actuel. Ils n'avaient pas les compétences d'effectuer un tel examen. Le port de bas de contention et l'anticoagulation étaient nécessaires à hauteur de 20 % des coûts au vu de l'état antérieur.

Les experts se sont penchés sur l'atteinte à l'intégrité. Ils ont indiqué que l'atteinte pouvait être évaluée de trois manières : on pouvait prendre l'atteinte globale anatomique et fonctionnelle en additionnant et pondérant les différentes atteintes. Cela reportait à la table 2 de l'intimée, avec une ankylose résiduelle discrète de la tibio-tarsienne et de la sous-astragaliennne, associée à un trouble douloureux. Elle n'était pas aussi grave qu'une arthrodèse, mais s'associait à des atteintes neurologiques sensitives périphériques, sans paralysie. Le défaut des tissus mous induisait une diminution d'endurance pour toutes les activités nécessitant ce muscle. Selon la table 2, on pouvait évaluer le dommage à 12.5 %. Il convenait d'ajouter l'atteinte esthétique, selon la table 18. L'atteinte se trouvait en partie partiellement couverte, et il existait une vulnérabilité de la peau en zone cicatricielle, en plus de l'atteinte esthétique. L'atteinte esthétique était ainsi évaluée à 5.5 %. On évaluait de cette manière un taux global et pondéré de 18 %. L'œdème mou, en relation principalement avec le status post-thrombotique grave datant d'avant l'accident n'atteignait pas le seuil d'un dommage permanent. Il était également possible à titre comparatif d'évaluer selon la table 4. Une perte complète de la jambe au niveau du genou donnerait une atteinte de 40 % s'il s'agissait d'une amputation. Le handicap de la recourante était moindre, elle pouvait marcher sans

prothèse, elle gardait une fonction de la jambe au genou, à la cheville et au niveau de l'appui du pied. La reconnaissance d'un taux de 18 % apparaissait dès lors en relation avec les séquelles détaillées ci-dessus. Par analogie, si l'on se référait à la table 3, la recourante présentait un handicap bien moindre que la perte d'un pied, qui donnerait 30 %. Au plan ORL, selon la table 3, on pouvait estimer que l'atteinte de l'odorat modérée donnait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 5 %. En effet, ce trouble ne perturbait pas considérablement la vie quotidienne de la recourante. La pondération de ces deux atteintes, sans interaction entre elles, aboutissait à une indemnité globale de 23 %. Au plan psychiatrique, l'atteinte était modérée à sévère, la recourante présentait une symptomatologie psychique et une entrave cognitive continuelle très marquées. Selon la table 19 de l'intimée, ce trouble donnait droit à une indemnité de 70 %, à pondérer de 50 % en raison de l'état antérieur, à savoir le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. L'atteinte globale somatique et psychiatrique était évaluée à 58 %.

73. L'intimée s'est déterminée sur le rapport des experts en date du 29 juin 2015. Elle a affirmé qu'un complément d'expertise devait être mis en œuvre, qui devait porter sur les questions suivantes :
- a. Les experts devaient être invités à préciser la problématique de la causalité naturelle entre l'accident du 17 septembre 2002 et les troubles olfactifs présentés par la recourante, et à préciser les éléments leur permettant de considérer que les troubles olfactifs étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident selon la vraisemblance prépondérante.
  - b. Les experts retenaient que le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, existait déjà avant l'accident. Ainsi, pour quelles raisons les experts retenaient-ils que ce diagnostic était en lien de causalité naturelle avec l'accident? S'il avait été aggravé, n'y avait-il alors pas un *statu quo sine vel ante*?
  - c. Même sans accident, le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, aurait-il porté atteinte à la capacité de travail de la recourante au degré de la vraisemblance prépondérante ? Si oui, à partir de quand et dans quelle mesure?
  - d. Les experts estimaient ne pas être en mesure de préciser si les épisodes de dissociation étaient dus à l'état de stress post-traumatique, au trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, ou aux troubles de conversion, ou à l'ensemble de ces pathologies. Dès lors, certains des diagnostics précités n'étant pas en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 septembre 2002, quels étaient les éléments qui permettaient aux experts d'affirmer que le trouble dissociatif était en lien de causalité naturelle avec l'accident selon une vraisemblance prépondérante?

- 
- e. La recourante présentait-elle certaines atteintes à la santé psychique qui ne reposaient sur aucun substrat organique et n'étaient pas perceptibles cliniquement? Le cas échéant, lesquelles ?
  - f. Quelles étaient les atteintes à la santé psychique qui découlaient du TCC mineur subi par la recourante?
  - g. Est-ce que les troubles psychiques présentés par la recourante avaient relégué les atteintes somatiques au second plan ? Le cas échéant, à partir de quand?
  - h. Quels étaient les diagnostics d'ordre psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante ? Dans l'hypothèse où plusieurs diagnostics auraient une répercussion, sur la capacité de travail, dans quelles proportions cette répercussion se partageait-elle ?
  - i. Les experts avaient estimé que le port de bas de contention, la prise d'anti-coagulation et des entretiens psychothérapeutiques de soutien étaient encore nécessaires. Quels étaient les traitements en lien de causalité naturelle avec l'accident du 17 septembre 2002? Est-ce que ces mesures médicales étaient susceptibles d'améliorer notablement l'état de santé de la recourante ou d'empêcher que celui-ci ne se détériore ?
  - j. Inviter les experts à pondérer toutes les atteintes à la santé présentées de la recourante, même si celles-ci n'avaient aucune interaction entre elles et à déterminer le taux d'indemnité pour atteinte à l'intégrité auquel pouvait prétendre la recourante, étant rappelé qu'il n'était pas possible d'octroyer une indemnité supérieure à 100 % ?
74. La recourante s'est déterminée sur l'expertise le 6 août 2015. Au plan somatique, elle s'en est remise aux conclusions des experts, qu'elle acceptait, à l'exception des conclusions relatives aux effets de l'accident sur son atteinte thrombotique antérieure. Ainsi, sur le plan somatique, il fallait retenir les diagnostics suivants en rapport de causalité avec l'accident : status après écrasement et plaie délabrante de la jambe gauche, fracture du péroné et syndrome de loge; status après TCC mineur et hyposmie. S'agissant de l'incapacité de travail d'origine physique, la recourante considérait qu'une incapacité totale était établie du jour de l'accident à fin juin 2004, date du rapport d'examen du Dr J\_\_\_\_\_, et que son état de santé avait par ailleurs justifié une incapacité totale à exercer ses tâches ménagères durant les trois premiers mois suivant l'accident, puis de 80 % durant les trois mois suivants, puis de 60 % durant les trois mois qui ont suivi, puis de 30 % jusqu'à ce que son fils cadet ait atteint l'âge de 16 ans, et justifiait une incapacité de 15% depuis lors. L'atteinte globale au membre inférieur gauche, hormis celle relative aux séquelles thrombotiques qui devait faire l'objet d'un complément d'expertise, entraînait un dommage permanent de 18 %, auquel s'ajoutait un dommage permanent de la sphère CAL de 5 % en raison de la perte partielle de l'odorat, soit 23 % en tout. Sur le plan somatique, il y avait également lieu de retenir de l'expertise que le choc avait eu lieu à haute énergie et avait provoqué la projection
-

de la recourante de son vélo à une distance de 22 mètres. Il avait entraîné un polytraumatisme, dont une perte partielle de l'odorat ainsi qu'une fracture ouverte du membre inférieur gauche avec syndrome de loge et arrachage du revêtement cutané et sous-cutané sur une importante surface, avec évocation d'une possible amputation en raison de la disparition temporaire du pouls pédieux. Ceci prouvait que c'était la jambe de la recourante qui avait absorbé l'entier du choc et non l'arrière du cycle, comme le prétendait l'intimée. Plusieurs facteurs de risques de complication étaient présents, notamment le traitement anticoagulant. Ces éléments justifiaient la peur de mourir ressentie par la recourante et l'état de stress post-traumatique consécutif à l'accident. En d'autres termes, l'accident devait être qualifié de grave et était de nature à créer des troubles psychiques tels que ceux présentés par la recourante. Le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident était donc démontré. Au plan angiologique, l'expertise n'était pas concluante. En effet, si les experts retenaient à juste titre que l'important remaniement cicatriciel des tissus mous comportait un risque d'aggravation locale du syndrome post-thrombotique, leur appréciation de l'absence de dommage permanent et de la participation au coût du traitement par l'intimée était totalement arbitraire. En effet, elle ne reposait pas sur l'avis d'un angiologue, seul spécialiste habilité à se prononcer valablement. Ensuite, le pourcentage de 20 % n'était pas motivé. Enfin, l'avis des experts ne reposait pas sur le dossier médical de la recourante. La prise de connaissance du dossier aurait permis aux experts de découvrir que la recourante avait bien été victime de trois thromboses, mais seulement deux à gauche et non les trois. Or, les thromboses de 2000 et 2001 avaient été mineures et complètement réversibles. Quant à la thrombose de 1980, elle avait laissé quelques séquelles, mais elle n'avait pas empêché la recourante de travailler et de mener une vie normale sans gêne particulière. Les experts admettaient eux-mêmes ne pas être compétents pour déterminer si le traitement anticoagulant à vie avait été prescrit en raison des seules suites de l'accident. Il résultait du rapport de consultation du service d'angiologie des HUG du 10 juillet 2015, annexé à l'écriture de la recourante, que le tableau clinique actuel du membre inférieur gauche était clairement d'origine mixte. L'accident était donc bien partiellement responsable des troubles actuels, et d'une déstabilisation et d'une aggravation de la situation antérieure, qualifiées de majeures et donc a priori incompatibles avec l'absence de dommage permanent et le taux de 20 % arbitrairement retenu par les experts. Il apparaissait donc nécessaire de confier à un expert angiologue la mission de déterminer d'une part le pourcentage de responsabilité de l'accident dans les troubles actuels et d'autre part s'il existait un dommage permanent résultant de l'accident susceptible d'entraîner une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Sur le plan psychiatrique, les conclusions de l'expertise étaient fermement contestées en ce qui concernait le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, décompensé, préexistant à l'accident et qui serait responsable à raison de 50 % des troubles actuels et de l'incapacité de travail et du dommage permanent. Ce diagnostic était

---

inexistant et n'avait aucune assise scientifique ni même anamnétique. L'anamnèse psychiatrique comportait des faits erronés. La chronologie choisie par l'experte était également souvent inversée et l'avait conduite à apprécier faussement la situation et à conclure à un tel trouble. Les conclusions psychiatriques étaient de plus réfutées sur le plan médical et scientifique par le Dr D\_\_\_\_\_ et par un expert psychiatre indépendant, le docteur AI\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, que la recourante avait mis en œuvre à la réception du rapport d'expertise. Il découlait de l'avis de ce dernier, très bien motivé, que la responsabilité de l'intimée était clairement engagée pour les conséquences psychiques de l'accident au sens de la jurisprudence. Seuls les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F 43.1), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et éventuellement de trouble dissociatif sans précision (F 44.9) pouvaient être retenus. Or, ces diagnostics étaient en relation de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 17 septembre 2002 et entraînaient une incapacité totale de travailler dans toute activité depuis l'accident. Le taux de l'atteinte à l'intégrité psychique retenu par l'expert psychiatre était de 70 %, sans qu'il n'y ait lieu de retenir un facteur de pondération. La poursuite du traitement médical était entièrement à la charge de l'intimée. La recourante contestait que les questions suggérées par l'intimée dans ses déterminations du 29 juin 2015 soient nécessaires. Elle s'est déterminée sur chacune de ces questions.

En résumé, la recourante concluait, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'un complément d'expertise auprès d'un spécialiste en angiologie; à ce que le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, soit écarté; à ce que les questions complémentaires de l'intimée ne soient pas posées aux experts; à ce qu'il soit constaté que son état psychique était en lien de causalité adéquate avec son accident; à ce qu'une rente d'invalidité complète lui soit octroyée dès le 1<sup>er</sup> février 2010; à la prise en charge par l'intimée d'entretiens de soutien psychothérapeutique depuis le 1<sup>er</sup> février 2010; à la prise en charge par l'intimée, dans la mesure que dirait l'expert angiologue, de bas de contention et d'un traitement par anti-coagulation depuis le 1<sup>er</sup> février 2010; au renvoi du dossier à l'intimée pour calcul de la rente d'invalidité; et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au moins égale à 93 %, sous déduction des 20 % déjà versés; sous réserve d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supplémentaire en fonction des conclusions de l'expert angiologue.

La recourante a notamment produit les pièces suivantes :

- a. rapport des médecins du service d'angiologie des HUG, que la recourante a consultés le 9 juillet 2015, mentionnant une thrombose veineuse profonde iliaque gauche en 1980, une thrombose veineuse profonde tibiale postérieure gauche et phlébite superficielle de saphène interne jambière en 2000, et une reperméabilisation complète de la thrombose veineuse profonde tibiale postérieure gauche le 25 janvier 2001. Les médecins ont relevé que la recourante présentait en 2000 une asymétrie de périmètre de cuisse gauche de

3 cm, à la suite de la thrombose de 1980. Toutefois, elle disait qu'en dehors de cette asymétrie, elle n'avait eu aucune gêne en position debout ou à la marche avant l'accident de 2002, et disait devoir porter la compression élastique de manière stricte seulement depuis 2002, pour soulager ses douleurs et l'œdème du membre inférieur gauche. Le tableau clinique actuel de douleurs et d'œdème du membre inférieur gauche était clairement d'origine mixte avec une composante veineuse claire secondaire à l'occlusion iliaque chronique. Toutefois, l'absence de symptomatologie invalidante dans les années qui avaient suivi la thrombose iliaque et précédé l'accident montrait que l'accident avait clairement aggravé la situation au niveau du membre inférieur gauche. Par ailleurs, il existait également une composante de lymphœdème secondaire au traumatisme et aux interventions chirurgicales participant à l'œdème et la nécessité d'une contention élastique. La chronologie des événements parlait donc clairement en faveur d'une déstabilisation et d'une aggravation majeures de la situation, liées à l'accident.

- b. document rédigé par la recourante et contenant des remarques sur l'anamnèse psychiatrique relatée par la Dresse AH\_\_\_\_\_, corrigeant certaines inexactitudes sur son cursus professionnel et sur les activités d'éducation canine, soulignant qu'elle avait renoncé à faire partie d'une équipe de sauveteurs avec chiens et qu'il s'agissait pour elle d'un hobby. Elle s'est étonnée de ce qu'on lui reproche la durée de sa thérapie de couple. Les thromboses de 2000 et 2001 étaient minimes et avaient été auto-diagnostiquées dès le début, elles avaient été complètement réversibles. Elle s'est prononcée sur certains liens entre des événements de sa vie, que l'expert avait selon elle inversés. Elle a notamment insisté sur le fait qu'elle avait prodigué des soins à ses enfants, en particulier à son cadet qui avait connu des problèmes avant son accident, une priorité.
- c. rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 19 juillet 2015, excluant le trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. La CIM-10 précisait que les troubles de la personnalité comprenaient des modalités de comportement profondément enracinées et durables, des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée. De tels types de comportement étaient en général stables et englobaient de multiples domaines du comportement et du fonctionnement psychologique. Ils étaient souvent, mais pas toujours, associés à une souffrance subjective et à une altération du fonctionnement et des performances sociales d'intensité variable. Ce n'était pas le cas chez la recourante, qui avait pu faire face à un divorce malgré sa culture, allait régulièrement voir sa fille à l'étranger et avait développé des relations affectives après son divorce. Ce n'était pas compatible avec les modalités de comportement décrites par la CIM-10. En revanche, le Dr D\_\_\_\_\_ avait aussi constaté que la recourante présentait une attitude hostile

et méfiante envers le monde, un retrait social, par moment des sentiments de vide ou de perte d'espoir, l'impression permanente d'être «sur la brèche», comme si elle était constamment menacée, ainsi qu'un détachement. Ce type de symptômes était très commun dans l'évolution de longue durée d'un état de stress post-traumatique. L'état de la recourante s'était dégradé durant la procédure avec l'intimée. Son incapacité de travail totale au plan psychique perdurait.

- d. rapport du Dr AI\_\_\_\_\_ du 16 juillet 2015, se prononçant sur l'expertise de la Dresse AH\_\_\_\_\_ et relevant plusieurs contradictions qui ne permettaient pas de confirmer le diagnostic de trouble de la personnalité en général, et de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline en particulier. En effet, l'experte avait retenu qu'il n'existait aucun traumatisme durant l'enfance ou l'adolescence. Par conséquent, il n'existait aucun facteur objectivable qui aurait pu favoriser l'apparition d'une personnalité prémorbide en général ou d'un trouble de la personnalité borderline en particulier. Or, le diagnostic de trouble de la personnalité, en particulier émotionnellement labile, type borderline, évoquait toujours la présence d'événements traumatiques importants survenus dans l'enfance ou l'adolescence. En effet, la CIM-10 indiquait que les troubles de la personnalité apparaissaient au cours du développement, avec des perturbations sévères de la constitution caractérologique et des tendances comportementales de l'individu, et s'accompagnaient en général de difficultés personnelles et sociales considérables. Le fonctionnement particulier au niveau professionnel remarqué par l'experte était en contradiction avec l'anamnèse claire, indiquant l'arrêt de l'activité professionnelle exposant la recourante à des produits radioactifs en raison de sa grossesse. La thèse du fonctionnement particulier suggérait sans fondement un désordre d'ordre psychique, alors qu'il existait une raison objective et fondée d'arrêter de travailler. Par ailleurs, l'experte avait admis son incapacité à préciser quels symptômes appartenaient à quelles pathologies évoquées. Elle n'était ainsi pas en mesure de préciser la préexistence de telle ou telle pathologie et en particulier de démontrer l'existence d'une prémorbidité au niveau psychiatrique. Le parcours et les activités de la recourante, notamment au sein de sa commune, étaient impossibles pour un individu porteur d'un trouble de la personnalité de type borderline, marqué par la discontinuité. L'experte n'ayant pu réfuter le diagnostic d'état de stress post-traumatique, elle semblait s'être évertuée à tenter de minimiser le rôle de l'accident dans sa survenance en cherchant systématiquement, de façon peu convaincante à établir l'existence d'un désordre psychologique antérieur à celui-ci. L'état de stress post-traumatique pouvait être favorisé par des facteurs prédisposants, tels que certains traits de personnalité. En l'occurrence, la gravité de l'accident expliquait à elle seule la survenance de ce syndrome.

75. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à l'intimée le 7 août 2015.

76. Le 22 septembre 2015, la chambre de céans a informé les parties que la cause était 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<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents à la suite de son accident dès le 1<sup>er</sup> février 2010, plus particulièrement sur le point de savoir si c'est à juste titre que l'intimée a considéré que l'accident ne déployait plus d'effets à sa charge dès cette date.

Il faut par ailleurs rappeler que l'objet du litige dans la procédure administrative contentieuse est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.2). En l'espèce, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité fait bien partie de l'objet de la contestation, puisque la recourante a pris des conclusions sur ce point, quand bien même elle ne l'a pas expressément attaqué dans son écriture de recours.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA).

---

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il 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). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

A teneur de 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. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 244/04 du 20 mai 2005 consid. 2).

6. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. 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). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. 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. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à cette délégation de compétence, 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 à l'ordonnance (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 (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase). L'annexe 3 à l'ordonnance comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent, dont le Tribunal fédéral a reconnu la conformité à la loi (ATF 124 V 29 consid. 1b). L'indemnité allouée pour les atteintes à l'intégrité désignées à l'annexe 3 à l'OLAA s'élève, en règle générale, au pourcentage indiqué du montant maximum du gain assuré (ch. 1 al. 1). Pour les atteintes à l'intégrité spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, le barème est appliqué par analogie, compte tenu de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2). La Division médicale de la SUVA a établi des tables d'indemnisation en vue d'une évaluation plus affinée de certaines atteintes (Indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA). Ces tables n'ont pas valeur de règles de droit et ne sauraient lier le juge. Toutefois, dans la mesure où il s'agit de valeurs indicatives, destinées à assurer dans la mesure du possible l'égalité de traitement entre les assurés, elles sont compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 209 consid. 4a/cc; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2).

b) L'indemnité pour atteinte à l'intégrité a pour but de compenser le dommage subi par un assuré du fait d'une atteinte grave à son intégrité corporelle ou mentale due à un accident et a le caractère d'une indemnité pour tort moral (Message du Conseil fédéral à l'appui d'un projet de loi sur l'assurance-accidents, FF 1976 III p. 171). Elle vise à compenser le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant (ATF 133 V 224 consid. 5.1). 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. En cela, elle se distingue de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Cela signifie que pour tous les assurés présentant un status médical identique, l'atteinte à l'intégrité est la même (ATF 115 V 147 consid. 1). L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent d'une part constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et d'autre part estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant

---

(Jean-Maurice FRÉSARD / Margit MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2<sup>ème</sup> éd. 2007, n. 235; ATF non publié 8C\_703/2008 du 25 septembre 2009, consid. 5.1). Enfin, l'existence d'une atteinte à l'intégrité est indépendante de la diminution de la capacité de gain, comme cela ressort d'ailleurs de la lettre de l'art. 36 al. 1 OLAA (Thomas FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg 1998, p. 27).

7. a) 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*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.3).

b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte la santé. Il faut que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_628/2007 du 22 octobre 2008 consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents, eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_694/2007 du 3 juillet 2008 consid. 4.1). 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; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_339/2007 du 6 mai 2008 consid. 2.1).

c) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Il convient de s'attacher non pas 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. Ainsi, lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné légèrement 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 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, telle qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 324/99 du 10 janvier 2001 consid. 2c). Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

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

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 369 consid. 4c ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1).

d) S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité, en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence applique, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique avec cependant les modifications suivantes (ATF 134 V 109 consid. 10):

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

En cas de traumatisme de ce type, il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a).

e) On rappellera cependant que même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles

---

d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 98 consid. 2a). Cette précision de jurisprudence vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 2).

8. La manière dont les experts qualifient la gravité de l'accident n'a guère d'importance pour les constatations médicales. Il s'agit là d'une question de droit qu'il incombe à l'administration ou au juge de trancher, en particulier, à l'occasion de l'examen du lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 205/98 du 2 février 2000 consid. 1b)

Sont seules déterminantes pour apprécier le degré de gravité d'un accident les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.3.1. et les références).

Les accidents de voiture, qui opposent des forces comparables ou à tout le moins non réduites, sont en règle générale considérés de gravité moyenne (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_316/2008 consid. 3.2). La jurisprudence a classé dans la catégorie moyenne à la limite des accidents graves un accident impliquant une crevaison alors que la voiture roulait à 95 km/h sur l'autoroute et s'est renversée sur le toit. Il y en revanche accident de gravité moyenne en cas de dérapage du véhicule, qui quitte la route et se retourne sur un talus ; ainsi que lorsqu'un camion conduit par un élève conducteur quitte la route, dévale un talus et s'arrête sur le toit après un tonneau et demi. L'accident est grave lorsque la jambe de l'assuré éjecté de l'habitacle par la fenêtre après une collision frontale reste coincée jusqu'à la hanche dans la voiture qui s'est renversée (RAMA 4/2003 n° U 481 p. 203 consid. 3.3.2 et les références). Parmi les accidents qualifiés de gravité moyenne, on peut encore citer les situations suivantes : véhicule de l'assuré qui est abruptement freiné lors d'une manœuvre de dépassement à 100 km/h, dérape, heurte un muret de pierre, se renverse et s'arrête sur le côté conducteur (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_169/2007 du 5 février 2008 consid. 4.2.2); voiture qui lors d'un dépassement est touchée sur le côté par un camion et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_743/2007 du 14 janvier 2008 consid. 3), automobile qui quitte la route et se renverse (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 213/06 du 29 octobre 2007 consid. 7.2) ; voiture qui sur l'autoroute dérape dans un virage, se retourne et atterrit sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 258/06 du

---

15 mars 2007 consid. 5.2); assuré qui perd la maîtrise de son véhicule lancé à 90 km/h sur l'autoroute, lequel heurte la glissière centrale de sécurité avant de se retourner et d'atterrir sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 492/06 du 16 mai 2007 consid. 4.2) ; piéton renversé par une voiture roulant entre 40 km/h et 50 km/h alors qu'il traverse la route (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 128/03 du 23 septembre 2004 consid. 5.2.2) ; voiture percutée à l'avant droit par un automobiliste circulant à une vitesse de l'ordre de 50 km/h (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 3) ; assuré arrêté à un feu de signalisation et dont la voiture est percutée à l'arrière par un autre véhicule et projetée sur une distance de quinze mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 4.2), voiture qui est percutée à l'arrière sur l'autoroute et qui emboutit l'automobile qui la précède (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 7.1), voiture percutée à 120 km/h sur l'autoroute par un véhicule venant de l'arrière, et qui sous l'effet du choc fait plusieurs tours sur elle-même avant de heurter le talus herbeux longeant la bande d'urgence et de se retourner sur le toit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 7.3) ; cycliste percuté par l'arrière par une voiture (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_495/2007 du 31 janvier 2008 consid. 4.3).

Ont été considérés comme des accidents moyens à la limite des accidents graves la violente collision d'un poids-lourd avec la voiture d'un assuré, qui se trouvait à l'arrêt et a été entraînée en avant sur plusieurs dizaines de mètres (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 190/04 du 22 juin 2005 consid. 5.1), le cas d'un conducteur de scooter qui est précipité au sol lorsqu'il est percuté par une camionnette qui n'a pas freiné avant l'impact, le Tribunal fédéral ayant noté que l'assuré au guidon d'un scooter est très vulnérable en cas de collision frontale avec un véhicule de ce type (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.3) ; la violente collision de front d'une voiture par une voiture venant en sens inverse, entraînant plusieurs fractures chez la passagère (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 412/05 du 20 septembre 2006 consid. 5.2.1), l'accident entraînant l'éjection à grande vitesse de l'assurée d'une voiture qui fait plusieurs tonneaux sur la voie opposée (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 502/06 du 23 avril 2007 consid. 3.2.2); une chute d'une hauteur de plusieurs mètres sur le dos et le séant avec des fractures et des contusions (RAMA 1998/5 n° U 307 p. 448 consid. 3a).

9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4; ATF 115 V 133 consid. 2). Ces données médicales permettent généralement une appréciation objective du cas. Elles l'emportent sur

les constatations qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, lesquelles sont susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêt du Tribunal fédéral des assurances non publié I 762/02 du 6 mai 2003 consid. 2.2).

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. À cet égard, il convient 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; ATF 122 V 157 consid. 1c).

c) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

d) S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). Au surplus, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou un 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 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 non publié 9C\_405/2008 du 29 septembre 2008 consid. 3.2).

---

10. Il y a tout d'abord lieu de déterminer si la recourante présente aujourd'hui encore des troubles invalidants.

a) Le rapport des experts mis en œuvre par la chambre de céans appelle les commentaires suivants. Au plan structurel, l'expertise présente certaines carences. Elle contient en effet de très nombreuses répétitions et il est parfois délicat de distinguer les éléments qui ressortent de l'anamnèse de ceux qui découlent du dossier médical, des plaintes de la recourante ou encore des constatations des experts. Cependant, malgré ces lacunes d'ordre formel, les volets de l'expertise concernant les atteintes physiques de la recourante peuvent se voir reconnaître une pleine valeur probante. En effet, les conclusions des experts sont motivées, convaincantes et reposent sur une parfaite connaissance du dossier. En ce qui concerne l'incidence des troubles angiologiques, il est vrai que les experts concluent à un rôle partiel de l'accident, tout en admettant ne pas disposer de toutes les données nécessaires à se prononcer à cet égard, notamment sur le lien de causalité entre l'accident et la poursuite du traitement anti-coagulant. On soulignera toutefois que le rapport des angiologues traitants du 9 juillet 2015 ne suffit pas à écarter l'appréciation des experts sur la causalité uniquement partielle de l'accident dans l'atteinte angiologique. En effet, ces médecins ont souligné une origine veineuse secondaire à l'occlusion iliaque. S'ils ont admis la notion d'aggravation traumatique, c'est apparemment uniquement en se fondant sur les déclarations de la recourante, qui affirmait ne pas avoir eu de symptômes invalidants auparavant. Une telle argumentation revient à raisonner selon le principe *post hoc, ergo propter hoc*. Or, le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes 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 (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_178/2010 du 22 juin 2010 consid. 4.1). Cette question peut quoiqu'il en soit rester ouverte, pour les motifs suivants. La recourante admet que du point de vue uniquement physique, sa capacité de travail est entière depuis fin juin 2004. Elle ne conteste les conclusions somatiques des experts qu'en tant qu'elles concernent l'indemnité pour atteinte à l'intégrité liée aux problèmes angiologiques et la prise en charge du traitement de ces troubles. Cependant, l'état de santé de la recourante est incontestablement stabilisé depuis le 1<sup>er</sup> février 2010, date à laquelle l'intimée a mis un terme au versement des prestations. Le Dr J\_\_\_\_\_ le considérait en effet stabilisé dans son rapport du 20 juin 2007 du point de vue physique, ce que confirme le fait qu'aucun des médecins consultés ou des experts ne formule de proposition thérapeutique permettant d'espérer une amélioration sensible de l'état de santé physique de la recourante. Or, comme cela découle de la jurisprudence citée plus haut, le droit au traitement médical cesse lors de la stabilisation de l'état de santé. L'art. 21 al. 1 LAA dispose certes que lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais (art. 10 à 13) sont accordées à son bénéficiaire dans les cas suivants : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle

---

(let. a); lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci (let. b); lorsqu'il a besoin de manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain (let. c); lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration (let. d). Force est toutefois de constater qu'aucune des hypothèses visées par cette disposition n'est réalisée en l'espèce. En particulier, notre Haute Cour a considéré que lorsqu'une décision octroyant une rente n'est pas entrée en force, la rente n'a pas été fixée au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA de sorte que le bien-fondé de la fin de la prise en charge du traitement médical doit être examiné à la lumière des conditions de l'art. 10 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 252/01 du 17 juin 2002 consid. 2b). La recourante n'a ainsi pas droit à la poursuite de la prise en charge du traitement médical compte tenu de son état stabilisé. S'agissant de ses critiques sur l'évaluation du dommage permanent et de l'atteinte à l'intégrité en lien avec les problèmes angiologiques, elles tombent à faux. Les experts ont signalé que l'œdème mou n'atteignait pas le seuil d'un dommage permanent. Or, une telle appréciation est parfaitement conforme avec la table 16 de l'intimée, relative à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité lors de syndromes post-thrombotiques, et dont il ressort que l'œdème mou de l'extrémité distale susceptible de traitement ne donne lieu à aucune indemnisation. C'est ainsi à juste titre que les experts ont nié un dommage permanent en raison du syndrome post-thrombotique.

Au vu de ces éléments, il n'existe aucun motif de s'écarter des conclusions des experts sur le plan somatique.

b) En ce qui concerne le volet psychiatrique de l'expertise, la chambre de céans retient ce qui suit.

La Dresse AH\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (décompensé) (F 60.31), d'état de stress post-traumatique (F 43.1), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique (F 32.11) et de trouble dissociatif sans précision (F 44.9). Si l'état de stress post-traumatique et l'épisode dépressif moyen correspondent aux diagnostics des Drs D\_\_\_\_\_ et AJ\_\_\_\_\_, et se recourent également largement avec les atteintes retenues par le Dr Q\_\_\_\_\_, tel n'est pas le cas du trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (décompensé). On comprend de plus mal sur quels éléments se fonde la Dresse AH\_\_\_\_\_ pour retenir une telle atteinte. Elle a en effet relevé l'absence d'événements particuliers dans la vie de la recourante, dont l'adolescence n'a pas été marquée par des problèmes comportementaux. Or, comme le Dr AI\_\_\_\_\_ l'a noté, un tel trouble apparaît généralement à l'adolescence et se manifeste par des difficultés notables, ce que l'experte semble également admettre, puisqu'elle indique que la structure de personnalité se constitue dès l'enfance puis dans l'adolescence. Dans la mesure où

---

elle exclut tout comportement évocateur d'un tel trouble dans l'enfance ou l'adolescence de la recourante, il paraît contradictoire de retenir ce diagnostic. Le « fonctionnement particulier » de la recourante dans sa vie professionnelle n'est à l'évidence pas suffisant pour conclure à une atteinte psychiatrique pathologique. Le parcours professionnel de la recourante révèle certes qu'elle n'a pas fait de sa carrière une priorité, et qu'elle s'est parfois cantonnée à des activités qui n'étaient pas en adéquation avec ses aptitudes, pour mieux se consacrer à sa vie de famille. Un tel choix de vie, au demeurant répandu, n'a cependant rien de pathologique. De plus, la recourante a tissé des relations stables et apparemment harmonieuses avec ses proches, ce qui n'est en général pas le cas des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline. L'experte psychiatre a également indiqué que la personnalité de la recourante était mal compensée avant l'accident déjà. Toutefois, elle n'étaye nullement cette appréciation. La Dresse AH\_\_\_\_\_ soutient que les anamnèses relatées par les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ confirmaient la présence d'un tel trouble. Cependant, dans la mesure où elle s'écarte des diagnostics posés par ses confrères de manière aussi radicale, on aurait attendu d'elle qu'elle expose de manière circonstanciée quels sont ces éléments prétendument recensés par les précédents experts. A défaut de telles indications, son affirmation est insuffisamment motivée et ne saurait emporter la conviction. La lecture des rapports des Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_ ne révèle d'ailleurs aucun comportement particulier qu'on pourrait interpréter comme la manifestation d'un trouble de la personnalité. Le Dr R\_\_\_\_\_ a certes noté dans son appréciation que la recourante était structurée sur un mode psychotique, en soulignant toutefois qu'il ne s'agissait pas d'une maladie. A l'inverse de la Dresse AH\_\_\_\_\_, il a cependant conclu que c'était à la suite de l'accident que cette structure s'était décompensée. Sur ce dernier point, l'experte psychiatre se contredit d'ailleurs de manière flagrante. En effet, comme on l'a vu, elle a indiqué en premier lieu que le trouble de la personnalité mal compensé était préexistant à l'accident. Elle a toutefois soutenu quelques lignes plus loin que c'était l'accident qui avait décompensé le trouble de la personnalité. En outre, la Dresse AH\_\_\_\_\_ semble imputer les limitations fonctionnelles au seul trouble de la personnalité, notant entre autres dans ce cadre un état de qui-vive et des angoisses de mort. Or, ces symptômes semblent plutôt typiques de l'état de stress post-traumatique selon les critères de la CIM-10 cités par l'experte, lequel état est en lien de causalité avec l'accident selon ses propres conclusions.

Si l'examen de la Dresse AH\_\_\_\_\_ a permis de confirmer que les troubles psychiques de la recourante continuent d'entraîner une incapacité de travail totale, on ne saurait se rallier sans réserve à ses conclusions quant à l'existence et à l'incidence du prétendu trouble de la personnalité sur l'incapacité de travail, eu égard à ce qui précède. Sur ce point, la chambre de céans se ralliera aux conclusions du Dr R\_\_\_\_\_. En effet, l'expertise que ce spécialiste a réalisée en 2008 correspond en tous points aux réquisits jurisprudentiels, puisque ses conclusions sont parfaitement motivées et que ses diagnostics sont précis et

---

reposent sur une parfaite connaissance du dossier et un examen clinique. Le rapport de cet expert permet d'écarter le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline posé par la Dresse AH\_\_\_\_\_. Par surabondance, on notera que même à supposer que ce diagnostic soit correct, il n'existe aucune incapacité de travail en lien avec des troubles psychiques avant l'événement de septembre 2002, si bien qu'il faudrait en tout état de cause admettre que c'est l'accident qui a décompensé ce trouble, de sorte que l'intimée en répond. Partant, un complément d'expertise sur ce point s'avère inutile, malgré les contradictions et les carences du rapport de la Dresse AH\_\_\_\_\_ s'agissant de cette atteinte.

c) On précisera encore en ce qui concerne les compléments d'expertise requis par les parties que si un justiciable a le droit de faire administrer des preuves essentielles en vertu de la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d; Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61). En l'espèce, au vu des éléments qui précèdent, il s'avère inutile de procéder à de plus amples mesures d'instruction, la chambre de céans disposant des éléments nécessaires pour statuer sur le droit aux prestations de la recourante. On notera en outre que plusieurs des questions complémentaires proposées par l'intimée dans ses déterminations du 29 juin 2015 ont déjà fait l'objet de réponses circonstanciées des experts. S'agissant notamment de la question complémentaire que l'intimée souhaiterait faire poser à la Dresse AG\_\_\_\_\_, la chambre de céans relève que cette spécialiste a exposé pour quels motifs elle considèrerait que les troubles olfactifs étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident, en se référant notamment à la littérature médicale et en expliquant pour quels motifs cette atteinte n'avait pas été révélée immédiatement après l'accident. Ce point de l'expertise ne nécessite ainsi pas d'approfondissement.

11. Il convient en second lieu de se pencher sur le degré de gravité de l'accident survenu, afin de déterminer si les troubles psychiques de la recourante sont en lien de causalité adéquate avec cet événement.

Contrairement à ce que la recourante allègue et eu égard à la casuistique exposée, l'accident qu'elle a subi ne peut être considéré comme grave. Il doit être qualifié de gravité moyenne, à la limite supérieure des accidents graves. C'est donc à la lumière des critères développés plus haut que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident de septembre 2002 doit être examiné.

Au plan physique, l'état de la recourante s'est stabilisé relativement rapidement et l'évolution a été favorable, ce qui ressort notamment du rapport du Dr E\_\_\_\_\_ daté d'avril 2004. Selon le Dr J\_\_\_\_\_, en juin 2004, soit moins de deux ans après l'accident, les séquelles orthopédiques n'entraînaient plus d'incapacité de travail. Quant aux douleurs évoquées par le Dr H\_\_\_\_\_ en novembre 2004, elles étaient dues à des lésions non accidentelles mais dégénératives. Il est ainsi incontestable que les problèmes psychiques ont rapidement dominé le tableau clinique présenté par la recourante. Partant, ce sont les critères de causalité adéquate en cas de troubles psychiques qui doivent être appliqués en l'espèce, malgré la survenance d'un TCC mineur. Or, si l'on se réfère aux seules lésions physiques, force est de constater que les critères du degré et la durée de l'incapacité de travail, des importantes complications au cours de la guérison, des douleurs persistantes et de la durée anormalement longue du traitement médical ne sont pas réalisés en l'espèce. En effet, comme l'admettent le Dr J\_\_\_\_\_ et les experts judiciaires, l'état de santé de la recourante était stabilisé en juin 2004 du point de vue somatique, et elle dispose depuis cette date d'une totale capacité de travail sur ce plan. Si la recourante a encore des douleurs aux membres inférieurs, elles ne sont pas telles qu'il faille considérer que le critère afférent soit rempli. Quant au traitement, il n'a pas été particulièrement long, et le décours des atteintes physiques n'a pas été émaillé de complications particulières.

S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et du caractère particulièrement impressionnant, la survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Notre Haute Cour a admis qu'il était réalisé dans le cas d'une collision entre une voiture et un camion dans un tunnel d'autoroute, avec de nombreux heurts contre le mur du tunnel; d'une collision entre une voiture et un semi-remorque, le conducteur du semi-remorque n'ayant pas remarqué le véhicule dans lequel se trouvait l'assuré et l'ayant poussé sur une distance de 300 mètres ; ou d'une importante embardée du véhicule qui perd une roue sur l'autoroute alors qu'il circule à haute vitesse, avec plusieurs tonneaux et projection d'un passager hors du véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_817/2009 du 26 mars 2010 et les références). Il a également été reconnu dans le cas d'un accident où la voiture que conduisait l'assurée s'est encastrée dans un arbre, entraînant le décès de sa mère qui occupait le siège passager. Il a en revanche été nié dans plusieurs cas de chutes à vélo sur la chaussée, consécutives à un freinage brusque sans collision avec un autre véhicule (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.1 et les références).

En l'occurrence, on ne peut nier le caractère impressionnant de l'accident. La recourante circulait à vélo et a été projetée à une très importante distance à la suite du choc subi. Elle a chuté au milieu du trafic, risquant ainsi un second impact. Le traitement anti-coagulant qui lui était alors administré constituait de plus un facteur de risque non négligeable, ce qui rendait l'accident plus effrayant encore. L'intimée

fait valoir que selon la jurisprudence, le critère des circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident ne revêt pas la même importance en cas d'amnésie rétrograde (arrêt du Tribunal fédéral U 334/03 du 15 novembre 2004 consid. 3.2). Or, en l'espèce, l'expert neurologue a uniquement retenu une très brève amnésie, au vu des déclarations précises que la recourante a pu fournir sur les circonstances précédant l'accident. On ne peut ainsi nier intégralement le caractère impressionnant en raison de la brève amnésie de la recourante.

La gravité des lésions subies ne peut non plus être contestée. La recourante a en effet subi une plaie avec une importante perte de substance du membre inférieur, ayant nécessité deux interventions chirurgicales, et dont les importantes séquelles esthétiques sont aujourd'hui encore présentes.

Ces deux critères sont suffisamment prégnants pour admettre le lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques de la recourante, compte tenu du fait que l'événement de septembre 2002 est à la limite supérieure de la catégorie intermédiaire des accidents.

12. Eu égard à ce qui précède, l'intimée répond des troubles psychiques de la recourante.

Il n'est pas inutile dans ce contexte de revenir sur le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline, posé par la Dresse AH\_\_\_\_\_ et participant à hauteur de 50 % dans l'incapacité de travail de la recourante. Comme on l'a vu plus haut, même s'il fallait admettre le bien-fondé de ce diagnostic, force serait de constater qu'il a été décompensé par l'accident. Or, en cas de troubles psychiques survenant après un accident, une prédisposition constitutionnelle ne suffit pas à contester le lien de causalité adéquate au regard de la personnalité de l'assuré antérieure à l'accident lorsque l'accident ne peut être qualifié d'insignifiant. Nier l'existence d'une relation de causalité adéquate dans un pareil cas reviendrait à exiger, à tort, d'un assuré présentant une prédisposition à des troubles psychiques une plus grande capacité d'assumer l'accident sur le plan psychique que celle que l'on attendrait de la part d'une personne faisant partie du large cercle des assurés (ATF 115 V 403 consid. 4c et 5c/bb). Partant, on ne saurait ainsi considérer que l'intimée ne répond que pour moitié de l'incidence des troubles psychiques consécutifs à l'accident de la recourante, au motif que cette dernière présentait un trouble de la personnalité non décompensé avant la survenance de cet accident.

La capacité de travail et de gain de la recourante étant désormais nulle du point de vue psychique en raison des suites de l'accident, elle a droit à une rente complète d'invalidité de l'intimée dès le 1<sup>er</sup> février 2010, et ce bien qu'elle n'ait pas travaillé à plein temps avant son accident. En effet, dans l'assurance-accidents, le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident.

---

Autrement dit, il faut rechercher quelles sont les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b).

13. Reste à examiner le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

L'intimée a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % à la recourante par décision du 6 janvier 2010. S'agissant de l'atteinte à la jambe, contrairement à ce qu'affirme la recourante, les experts ont parfaitement motivé leur appréciation - qui se confond d'ailleurs pratiquement avec le taux de 20 % admis par le Dr J\_\_\_\_\_. S'agissant du syndrome post-thrombotique, l'appréciation des experts est également conforme aux tables de l'intimée, comme on l'a vu plus haut. En ce qui concerne l'hyposmie, la référence à la table 3 de l'intimée est erronée. Il n'existe en effet pas de table portant sur l'indemnisation de la perte de l'odorat. En revanche, l'annexe 3 à l'OLAA prévoit une indemnisation de 15 % pour la perte de l'odorat ou du goût. En l'espèce, l'hyposmie étant unilatérale avec une récupération partielle, le taux de 5 % fixé par la Dresse AG\_\_\_\_\_ n'apparaît pas critiquable. Enfin, au plan psychiatrique, la Dresse AH\_\_\_\_\_ a fixé le taux de l'atteinte à 70 %. Selon la table 19 de l'intimée, les séquelles psychiques d'accident modérées à sévères donnent droit à une indemnité entre 50 % et 80 %. L'appréciation de l'experte psychiatre s'inscrit donc dans ce cadre. En revanche, la diminution de 50 % de cette indemnité en raison du prétendu trouble de la personnalité préalable à l'accident n'est pas admissible, pour les raisons exposées plus haut. La chambre de céans s'en tiendra ainsi au taux d'indemnisation de 70 % pour l'atteinte psychique.

Ainsi, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité résultant des troubles physiques et psychiques s'élève à 93 %, sous déduction du montant de 20 % déjà versé. L'intimée a requis que les experts procèdent à une pondération de toutes les atteintes de la recourante. Or, ces derniers se sont déjà livrés à une appréciation précise des atteintes de la recourante, lesquelles n'ont aucune interaction entre elles. Il est partant superfétatoire de compléter l'instruction sur ce point. Il faut en effet rappeler qu'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 (art. 36 al. 3 OLAA). En présence d'une ou de plusieurs atteintes à l'intégrité physique et d'une atteinte à l'intégrité psychique, dont les conditions d'indemnisation sont réalisées, la réglementation posée à l'art. 36 al. 3 OLAA ne permet pas de considérer que les troubles psychiques sont déjà indemnisés par l'octroi d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique. Certes, le but de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est de compenser par le versement d'un montant en espèces les souffrances physiques, ainsi que psychiques ressenties par l'assuré ensuite d'une atteinte à son intégrité. Elle s'apparente ainsi à l'indemnité pour tort moral selon le droit privé. Toutefois, lorsque comme en l'occurrence, les troubles psychiques constituent une atteinte particulièrement grave, justifiant une indemnisation selon les art. 24 al. 1 LAA et

36 al. 1 OLAA, on ne saurait admettre que celle-ci est pleinement réalisée par le seul versement d'une indemnité pour l'atteinte à l'intégrité physique qui est à l'origine des souffrances psychiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.4).

14. Eu égard à ce qui précède, le recours est partiellement admis.

La cause sera renvoyée à l'intimée pour calcul de la rente d'invalidité due dès le 1<sup>er</sup> février 2010 et nouvelle décision.

La recourante obtenant partiellement gain de cause, elle a droit à des dépens, qu'il convient de fixer à CHF 3'200.- (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. L'admet partiellement.
3. Dit que la recourante a droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 93 %, sous déduction de l'indemnité de 20 % déjà versée.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2010.
5. Confirme la décision de l'intimée en tant qu'elle met fin à la prise en charge du traitement médical dès le 1<sup>er</sup> février 2010.
6. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'200.- 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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