

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1983, travaillait depuis le 1^{er} février 2014 pour le compte de B_____ en qualité d'assistante en biotechnologie. A ce titre, elle était assurée auprès de la caisse nationale d'assurances en cas d'accidents (ci-après : la SUVA) contre les accidents professionnels ou non.
2. Le 10 août 2016, alors qu'elle préparait une extrudeuse pour des essais pratiques et qu'elle plaçait le chariot des trémies d'alimentation de cette installation, une partie de la deuxième trémie, qui n'était pas fixée, est tombée sur son crâne depuis le haut du chariot.
3. Les premiers soins ont été dispensés à l'hôpital du Valais où les médecins ont évoqué un traumatisme crânien simple et suturé une petite plaie, les radiographies ne montrant alors aucune lésion.
4. Les suites de cet accident ont été prises en charge par la SUVA.
5. En raison de la persistance d'un trouble visuel et de l'accommodation de l'œil droit surtout, accompagné d'une légère nausée sans maux de tête, l'assurée a consulté, le 16 août 2016, la docteure C_____, spécialiste FMH en médecine générale (voir rapport de la Dresse C_____ du 2 février 2017).
6. A la demande de ce médecin, une IRM cérébrale ainsi qu'une angio-IRM des vaisseaux intracrâniens ont été réalisées le 16 août 2016. A teneur du compte-rendu y relatif, aucun signe de lésion hémorragique intra ou extra-axiale n'a été constaté. En revanche, les médecins ont vu une petite ébauche d'ectasie de la paroi de l'artère carotide interne droite en amont du départ ophtalmique, nécessitant un contrôle trois mois après, un aspect légèrement asymétrique des articulations C0-C1 droite et gauche avec une tuméfaction ligamentaire C0-C2. En guise de conclusion, la radiologue a suggéré que la charnière cervico-occipitale et C0-C2 soit analysée lors de l'examen cérébral effectué post-trauma.
7. L'assurée se plaignant surtout de douleurs cervicales, un CT-scan cervical a été réalisé le 22 août 2016 et n'a mis en évidence aucune lésion osseuse cervicale post-traumatique.
8. Le 30 août 2016, l'assurée a également été examinée par le docteur D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, lequel a diagnostiqué un status post commotion cérébrale, une blépharite chronique des paupières supérieures et un début d'opacification du corps vitré (rapport du Dr D_____ du 22 mai 2017). Le pronostic était bon. S'y ajoutait le diagnostic d'amblyopie de l'œil droit (rapport du Dresse C_____ du 2 février 2017).
9. L'assurée a ainsi été totalement incapable de travailler jusqu'au 24 août 2016 et à 50% du 25 août au 11 septembre 2016. Elle a recouvré une pleine capacité de travail dès le 12 septembre 2016.

10. Les symptômes semblaient s'être amenuisés début septembre 2016 ; mais suite à une péjoration de la gêne au niveau de l'œil droit depuis la période des fêtes de fin d'année, avec l'apparition d'une certaine instabilité à la marche et des maux de tête principalement latéralisés à droite, l'assurée a, à nouveau, consulté la Dresse C_____, qui l'a adressée au docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie à la clinique romande de réadaptation (CRR) (rapport de la Dresse C_____ du 2 février 2017).
11. Le 13 mars 2017, le Dr E_____ a examiné l'assurée. Après avoir procédé à un examen neuropsychologique et neurologique, le médecin précité a considéré que les symptômes qui persistaient (acouphènes et gêne visuelle) pouvaient s'inscrire dans le diagnostic de syndrome post-commotionnel, quand bien même l'assurée n'avait pas vraiment perdu connaissance, dès lors qu'une simple altération de la vigilance, telle qu'un étourdissement, suffisait pour retenir le diagnostic de commotion cérébrale. Par ailleurs, un traumatisme crânien décompensait fréquemment une amblyopie préexistante mais l'évolution était généralement favorable. L'amblyopie se situait du côté droit et il avait donné à l'assurée des exercices pour renforcer la musculature oculomotrice et lui avait conseillé d'acheter les lunettes prescrites, lesquelles devaient rapidement l'aider à travailler sur ordinateur, avec des pauses, en attendant que la symptomatologie s'améliore.

L'activité neurologique était dans les limites de la norme, sans troubles de l'équilibre.

En lien avec les acouphènes, le Dr E_____ ne pouvait pas exclure que le choc sur la tête ait pu provoquer une atteinte cochléaire. Si lesdits acouphènes devaient persister et devenir intolérables, un bilan ORL était indiqué.
12. Le 3 avril 2017, l'assurée a fait une rechute et a été incapable de travailler jusqu'au 30 avril 2017. Ladite incapacité de travail serait due à un épuisement lié aux conséquences de l'accident (courriel de l'employeur du 15 mai 2017).
13. Par communication du 1^{er} juin 2017, la SUVA a informé l'assurée qu'elle n'entendait pas prendre en charge les conséquences de la rechute, le lien de causalité adéquate n'étant pas établi. Il lui appartenait ainsi d'annoncer le cas à son assurance-maladie. Sur demande, une décision formelle pouvait être rendue.
14. A la demande de l'assurée, la SUVA a rendu une décision formelle en date du 13 juin 2017, reprenant les termes de la communication du 1^{er} juin 2017.
15. Sous la plume de son conseil, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 13 juin 2017 et a conclu à l'annulation de la décision contestée et à la prise en charge des suites des troubles dont elle souffrait. Après avoir rappelé l'évolution des symptômes, elle a relevé que pour le Dr E_____, lesdits symptômes pouvaient s'inscrire dans le diagnostic de syndrome post-commotionnel. S'agissant des acouphènes, un bilan ORL avait été réalisé et avait mis en évidence une hyporéflexie vestibulaire droite post-commotionnelle. Enfin,

les acouphènes droits, les vertiges intermittents et les céphalées n'étaient pas en lien avec l'anévrisme intracrânien.

En annexe à l'opposition figuraient notamment les pièces suivantes :

- l'ordonnance pour neuf séances de physiothérapie vestibulaire, le diagnostic évoqué étant celui d'hyporéflexie vestibulaire droite post-commotionnelle ;
- un article sur les commotions cérébrales et la vision.
- une attestation du docteur F_____, neurochirurgien et chef de clinique aux hôpitaux universitaires de Genève (HUG), dont il ressort que l'acouphène de l'oreille droite, les vertiges intermittents et les céphalées qui prenaient l'hémicrâne droit n'étaient pas en lien avec l'anévrisme intracrânien de trouvaille fortuite.

16. A la demande du médecin-conseil de la SUVA, le Dr D_____ a apporté quelques précisions par courrier du 13 septembre 2017. Il a ainsi rappelé les diagnostics d'amblyopie et de status post-commotion cérébrale concernant l'œil droit et a évoqué une sicca hyperaemia conjunctiva des deux yeux. L'amblyopie de l'œil droit était connue depuis l'enfance. Après l'accident de 2015, l'assurée n'avait consulté aucun ophtalmologue avant le 30 août 2016.
17. Le 25 septembre 2017, le centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) a transmis à la SUVA un rapport établi le 26 juin 2017 par les médecins de l'unité d'otoneurologie et d'audiologie, lesquels ont retenu, après avoir examiné l'assurée en date du 15 mai 2017, les diagnostics de vertiges post-traumatiques au décours et d'acouphènes bilatéraux perturbateurs, les comorbidités étant un trouble de l'accommodation visuelle de l'œil droit, apparu deux à trois jours après le traumatisme crânien et status post traumatisme crânien simple le 10 août 2016. Après avoir effectué un examen clinique vestibulaire et procédé, le 23 mars 2017, à un audiogramme tonal et le 6 juin 2017, à des potentiels évoqués otoliques (VEMP), à une vidéonystagmographie et à une posturographie dynamique (equitest), les médecins de l'unité précitée ont relevé que l'examen vestibulaire n'avait pas montré d'atteinte organique périphérique ou centrale. Les vertiges post-traumatiques étaient non spécifiques. Neuf séances de physiothérapie vestibulaire avaient été prescrites à l'assurée. Lors d'une consultation téléphonique, le 8 juin 2017, cette dernière avait rapporté une bonne évolution des vertiges. Elle restait toutefois très gênée par les acouphènes bilatéraux avec difficultés de concentration et irritabilité. Une prise en charge à la consultation spécialisée pour acouphènes lui avait été suggérée.
18. Le dossier a été soumis au docteur G_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie et médecin-conseil de la SUVA, lequel a considéré, dans une appréciation en allemand datée du 13 octobre 2017, que les plaintes ophtalmologiques de l'assurée n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident assuré. L'amblyopie était préexistante à l'accident, lequel ne pouvait en aucun cas

avoir entraîné des modifications. Quant à la symptomatologie de Sicca (yeux secs), il s'agissait d'une modification malade.

19. A la demande de la SUVA, le CHUV lui a transmis, en date du 7 novembre 2017, les résultats de l'audiogramme réalisé le 3 mars 2017.
20. La SUVA a ensuite soumis le dossier ORL à la doctoresse H_____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et médecin-conseil de l'assurance-accidents, laquelle a considéré, dans une appréciation du 16 novembre 2017, après avoir brièvement résumé le rapport du CHUV du 26 juin 2017 et l'audiogramme du 3 mars 2017, qu'il n'existait pas de constatation pathologique objectivable dans le domaine ORL.
21. Par décision du 22 novembre 2017, la SUVA a écarté l'opposition du 17 juillet 2017. Les troubles ophtalmologiques encore présentés par l'assurée n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré. En effet, l'amblyopie était antérieure à l'accident et n'avait pas été modifiée par celui-ci et la sécheresse oculaire était une atteinte malade. Le fait que la Dresse I_____, spécialiste FMH en ORL, ait qualifié les troubles ORL de post-traumatiques n'engageait pas non plus la SUVA, dès lors qu'une telle expression se référait, selon le Tribunal fédéral, à l'élément temporel et non à la causalité. En tout état, lesdits troubles ORL n'étaient pas consécutifs à une atteinte organique et il fallait donc examiner le lien de causalité adéquate au regard des critères jurisprudentiels en la matière. Or, aucun desdits critères n'étant remplis, il y avait lieu de nier le lien de causalité adéquate et, partant, de confirmer la décision querellée.
22. Le 8 janvier 2018, l'assurée (ci-après : la recourante), sous la plume de son conseil, a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 novembre 2017 tant devant le Tribunal cantonal du Valais, Cour des assurances sociales, que devant la chambre de céans, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision querellée et à la condamnation de la SUVA à prendre en charge les suites financières de l'accident du 10 août 2016, subsidiairement à la réalisation d'une expertise ayant pour objectif d'analyser la charnière cervico-occipitale et C0-C2 sur la base de l'examen cérébral effectué post-trauma, de procéder à une IRM fonctionnelle et à la comparer avec l'IRM anatomique, de questionner la Dresse I_____ sur son diagnostic de post-traumatique et de demander le rapport de l'Hôpital de Sion aux alentours du 14 août 2016. Encore plus subsidiairement, l'assurée concluait au renvoi de la cause à la SUVA pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

A l'appui de son recours, l'assurée a invoqué une violation du droit d'être entendu, dès lors qu'elle n'avait pas pu se prononcer sur le rapport établi par le Dr D_____ sur lequel la SUVA s'était fondée pour refuser de prendre en charge la rechute. Sur le fond, elle a considéré que le lien de causalité naturelle avec les troubles ORL (acouphènes et vertiges) était donné, les différents médecins consultés avaient évoqués des atteintes post-traumatiques : les médecins de l'Hôpital de Sion avaient

conclu à un syndrome post-traumatique ; le Dr E_____ avait mentionné un diagnostic post-commotionnel et la Dresse I_____ avait retenu une hyporéflexie vestibulaire post-commotionnelle. Quant au Dr J_____, il avait exclu un lien entre les troubles précités et l'anévrisme trouvé fortuitement. Au demeurant, les conclusions des médecins précités étaient corroborées par la doctrine médicale. S'agissant des troubles ophtalmologiques, le rapport du Dr D_____ du 13 septembre 2017 n'était pas probant, étant donné qu'il comportait des contradictions, l'accident ayant eu lieu en 2016 et non pas en 2015. Enfin, dans tous les cas, l'assureur-accidents n'avait pas constitué un dossier complet. En particulier, il n'avait pas rassemblé tous les documents médicaux pertinents : le rapport établi par l'Hôpital de Sion immédiatement après l'accident manquait au dossier ; l'IRM post-trauma évoquée dans le rapport d'IRM du 16 août 2016 n'avait pas été effectuée ; aucune IRM fonctionnelle n'avait été réalisée ; les examens réalisés par le Dr D_____ étaient sommaires et incomplets.

S'agissant de la causalité adéquate, elle était donnée, vu que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, une commotion cérébrale provoquait des symptômes tels que les problèmes oculaires et les acouphènes ressentis, lesquels pouvaient durer plus d'un an.

23. Par courrier du 12 janvier 2018, la recourante a demandé au Tribunal cantonal du Valais, Cour des assurances sociales, de suspendre la procédure jusqu'à ce que la chambre de céans se soit prononcée sur la recevabilité du recours.
24. Par décision du 15 janvier 2018, le Tribunal cantonal du Valais, Cour des assurances sociales a formellement suspendu la cause conformément à la requête de la recourante.
25. La SUVA (ci-après : l'intimée) a répondu le 15 février 2018 sous la plume de son conseil et a conclu au rejet du recours sous suite de frais et dépens. A l'appui de sa réponse, elle a notamment considéré, en se référant aux appréciations de ses médecins conseils, qu'il ressortait des divers rapports au dossier que les troubles dont se plaignait la recourante n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident subi. La doctrine médicale sur laquelle la recourante se fondait comprenait des considérations théoriques générales, ne portant pas sur le cas d'espèce. Les Drs D_____, G_____ et H_____, qui s'étaient penchés sur son cas, avaient constaté l'absence d'atteinte organique et de lien de causalité entre l'accident et les troubles évoqués par la recourante. Par ailleurs et indépendamment de l'existence d'un lien de causalité naturelle, aucun des critères prévus par la jurisprudence n'était réalisé, de sorte que la causalité adéquate n'était quoi qu'il en soit pas donnée. Enfin, dès lors que les avis médicaux étaient circonstanciés et probants, il n'était pas nécessaire d'effectuer des examens supplémentaires.
26. La recourante ayant renoncé à répliquer, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. a. Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours.

En l'espèce, la recourante réside à Genève depuis le 10 novembre 2017. Le recours ayant été déposé le 8 janvier 2018, soit postérieurement au déménagement, les tribunaux du canton de Genève sont compétents.

b. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, est applicable.

Par ailleurs, au 1^{er} janvier 2017, est entrée en vigueur la modification de la LAA du 25 septembre 2015. Dans la mesure où l'accident est antérieur à cette date, le droit du recourant à des prestations d'assurance s'examine au regard de l'ancien droit (al. 1 des dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015), d'autant que dans le cas d'espèce la modification légale ne concerne pas la problématique litigieuse.

3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais pendant la période du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al.4 let. c LPGA) le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).
4. Est litigieuse la question de savoir si les troubles présentés par la recourante sont en lien de causalité avec l'accident du 10 août 2016, singulièrement si les troubles oculaires sont en lien de causalité naturelle avec ledit accident et si les troubles ORL sont en lien de causalité adéquate.
5. La recourante invoque une violation de son droit d'être entendue, la décision sur opposition querellée ayant été rendue sur la base de rapports dont elle ignorait l'existence et sur lesquels elle n'avait pas pu se prononcer.

Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

a. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst.), en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C 1016/2009 du 3 mars 2010).

Une violation du droit d'être entendu est considérée comme réparée lorsque l'intéressé jouit de la possibilité de s'exprimer librement devant une autorité de recours disposant du même pouvoir d'examen que l'autorité inférieure et pouvant ainsi contrôler librement l'état de fait et les considérations juridiques de la décision attaquée (ATF 133 I 201 consid. 2.2). Si la réparation d'un vice éventuel doit cependant demeurer l'exception (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa ; ATF 126 V 130 consid. 2b), même en cas de violation grave du droit d'être entendu, un renvoi de la cause pour des motifs d'ordre formel à l'instance précédente peut être exclu, par économie de procédure, lorsque cela retarderait inutilement un jugement définitif sur le litige, ce qui n'est dans l'intérêt ni de l'intimée, ni de l'administré dont le droit d'être entendu a été lésé (ATF 132 V 387 consid. 5.1).

b. En l'espèce, le droit d'être entendu de la recourante a, à l'évidence, été violé dans la mesure où elle n'a pu s'exprimer ni sur le rapport du Dr D_____ du 13 septembre 2017 ni sur l'appréciation du Dr G_____, sur lesquels l'intimée s'est fondée pour refuser la prise en charge des suites de la rechute. Cela étant, ces pièces ont été produites en instance de recours. La recourante pouvait ainsi faire valoir ses arguments à leur propos devant la chambre de céans, soit une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen, (ATF 126 V 132 consid. 2b et les références; voir également Moor, Droit administratif, vol. II, p. 190).

La violation du droit d'être entendue a ainsi été réparée.

6. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

b/aa. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Ainsi, l'assureur-accidents doit également prendre en charge les causes indirectes d'un accident (RAMA 2003 no. U 487 p. 337 consid. 5.2.2; arrêts du Tribunal fédéral 8C_684/2008 du 5 janvier 2009 consid. 5.1 et 8C_444/2008 du 23 décembre 2008 consid. 5). Par ailleurs, la notion du lien de

causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte prédominant en matière médicale ne se recoupe pas avec celle du domaine juridique, où une causalité partielle suffit à fonder l'obligation de prester de l'assureur-accidents (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 177/02 du 15 juin 2004 consid. 5.2.1).

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

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

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

En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En d'autres termes, en cas d'atteintes objectivables du point de vue organique, la causalité adéquate et la causalité naturelle se recouvrent (ATF 134 V 109 consid. 2.1). 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; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). A noter qu'on ne peut parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostic ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (SVR 2012 UV n° 5 p. 17 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_714/2012

du 15 octobre 2013 consid. 5.2.1). Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de juger qu'une IRM fonctionnelle (notamment par la technique dite de tenseur de diffusion) ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et qu'elle n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (voir les arrêts du Tribunal fédéral 8C_714/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2.1, 8C_321/2010 du 29 juin 2010 consid. 4.1.2, 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.3 et 8C_238/2009 du 3 novembre 2009 consid. 3.2.2)

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références). A noter qu'en cas de traumatisme crânio-cérébral, l'atteinte subie par l'assuré doit se situer à la limite de la contusion cérébrale, une simple commotion cérébrale n'étant pas suffisante, pour que les critères applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » soient applicables (arrêts du Tribunal fédéral 8C_476/2007 du 4 août 2008 consid. 4.1.3 et 8C_270/2011 du 26 juillet 2011 consid. 2.1 et les références citées). Lorsque la pratique susmentionnée en matière de coup du lapin ou traumatisme analogue ne trouve pas application, il y a lieu d'examiner la situation au regard des principes en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_310/2011 consid. 3).

c. Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références ; RAMA, 1994, n° U 206, p. 327, consid. 2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 80/05 du 18 novembre 2005).

7. a. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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 importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

Lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu

de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

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

c/cc. Lorsque l'assuré présente ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par lui. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (arrêt du Tribunal fédéral 8C_408/2014 et 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2).

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

b. Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une

autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La jurisprudence du Tribunal Fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; cf. notamment ATAS/588/2013 du 11 juin 2013 ; ATAS/454/2013 du 2 mai 2013 ; ATAS/139/2013 du 6 février 2013).

9. a. A titre liminaire, il convient de relever que la SUVA a refusé de prêter sans connaître la nature exacte des troubles dont souffrait la recourante. En effet, l'annonce de rechute du 23 mai 2017 ne précise pas ces plaintes. Tout au plus sait-on que la recourante a été incapable de travailler pendant près d'un mois. Le courriel de l'employeur de la recourante évoquait un épuisement lié aux conséquences de l'accident, sans autres précisions. La nature exacte des plaintes de la recourante ne ressort en réalité que de son acte de recours, dans lequel elle a expliqué qu'en raison des acouphènes, du manque d'accommodation oculaire et du vertige, elle avait été incapable de réaliser des tâches quotidiennes de recherche au travail, lesquelles demandaient beaucoup de concentration. Elle avait donc dû réduire son taux d'activité à 50 % (ch. 10 de la partie en fait du recours).

Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'intimée a récolté des pièces supplémentaires, sur la base desquelles elle a considéré que les troubles ophtalmologiques n'étaient pas en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré. S'agissant des troubles ORL, elle s'est limitée à solliciter son médecin-conseil sur la question du caractère objectivable des troubles et a nié le lien de causalité adéquate, sans procéder à d'autres mesures d'instruction. Elle n'a, en revanche, pas mené d'instruction en lien avec les troubles ORL, se contentant de relever qu'ils ne constituaient pas des troubles objectivables du point de vue organique et que les critères en matière de causalité adéquate faisaient défaut, de sorte que la question du lien de causalité naturelle pouvait être laissée ouverte.

Il convient dès lors d'examiner si la manière de la décision sur opposition querellée est justifiée.

b/aa. En premier lieu, l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles ophtalmologiques en se fondant sur l'appréciation du 13 octobre 2017 de son médecin-conseil, le Dr G_____. Il convient donc d'examiner la valeur probante de ce document.

Force est tout d'abord de relever que le Dr G_____ n'a pas examiné la recourante pour établir son appréciation du 13 octobre 2017, sur laquelle l'intimée s'est fondée pour refuser de prendre en charge la rechute. Cela ne lui ôte toutefois pas toute valeur probante de ce seul fait. En effet, selon la jurisprudence fédérale, une appréciation sur dossier peut avoir une valeur probante si elle se fonde sur

suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se basent sur un examen personnel de l'assuré. Or, force est de constater que le dossier ne contient que deux appréciations médicales établies par l'ophtalmologue traitant, le Dr D_____. La première, datée du 22 mai 2017, était tellement peu détaillée que le médecin-conseil a lui-même demandé à l'intimée de poser des questions complémentaires au Dr D_____. Quant au deuxième rapport, daté du 13 septembre 2017, il ne comporte aucune anamnèse ni aucune indication quant aux plaintes de la recourante. Le médecin précité évoque un accident de 2015 et relève que la recourante n'a consulté aucun médecin jusqu'au 30 août 2016, alors que l'événement assuré s'est déroulé le 10 août 2016 et que seuls 20 jours s'étaient écoulés avant qu'elle ne consulte le médecin précité. Par ailleurs, le Dr D_____ mentionne un état stable lors du dernier contrôle le 10 février 2017. Le présent litige porte toutefois sur la rechute, datée du 3 avril 2017. En réalité, le dossier sur lequel s'est fondée l'intimée ne comporte aucune appréciation médicale examinant les troubles ophtalmologique ayant motivé l'annonce de rechute. Dans de telles conditions, on ne peut considérer que l'appréciation du Dr G_____ repose sur suffisamment d'appréciations médicales se basant sur un examen personnel de l'assurée, de sorte que, pour ce motif déjà, l'appréciation du médecin-conseil précité présente une valeur probante amoindrie. À cela s'ajoute le fait que ladite appréciation ne comporte aucune anamnèse, ne liste aucune des pièces et qu'elle ne se prononce jamais sur la possibilité d'une décompensation de l'amblyopie préexistante alors que cela a été évoqué par le Dr E_____, neurologue. Les conclusions du médecin-conseil de l'intimée ne sont ainsi que théoriques et ne prennent pas en considération les particularités du cas de la recourante.

Par conséquent, l'appréciation du Dr G_____ du 13 octobre 2017 est dénuée de toute valeur probante, de sorte que l'intimée ne pouvait s'y fier pour trancher la question de la causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles ophtalmologiques.

b/bb. L'intimée a ensuite laissé ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles ORL, de nature non objectivables, étant donné que le lien de causalité adéquate devait être nié, aucun des critères retenus par la jurisprudence n'étant réalisé.

Conformément à la jurisprudence fédérale, l'existence d'un lien de causalité adéquate s'examine lorsque l'état de santé de l'assuré est stabilisé, à savoir lorsqu'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (voir ATF 134 V 109 consid. 6.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 consid. 5). En d'autres termes, tant qu'il existe un lien de causalité naturelle et que l'état de santé de la personne assurée n'est pas stabilisé, l'assureur-accidents ne peut pas examiner la question du lien de causalité adéquate.

Or, dans le cas présent, l'intimée a nié la question de la causalité adéquate avant même d'examiner l'existence d'un lien de causalité naturelle et de s'interroger sur

la stabilisation de l'état de santé. En niant d'emblée l'existence d'un lien de causalité adéquate, l'intimée a manifestement agi prématurément.

c. En résumé, le dossier de l'intimée ne contient aucun rapport médical circonstancié et probant permettant de trancher la question du lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles faisant l'objet de l'annonce de rechute. Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer de manière définitive sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 10 août 2016 et les troubles dont était atteinte la recourante. Force est ainsi de considérer que l'intimée a constaté les faits de manière sommaire, sur la base des seuls rapports établis par ses médecins-conseils très peu motivés et ne disposant d'aucune valeur probante. En pareilles circonstances, il n'appartient pas au juge de suppléer aux carences administratives, de sorte que le dossier sera renvoyé à l'intimée pour instruction complémentaire sur le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par la recourante et l'accident du 10 août 2016 et, dans l'affirmative, sur la date d'un éventuel *statu quo* voire, sur la date d'une éventuelle stabilisation. Il appartiendra à l'intimée, dans ce contexte, de se procurer le rapport de l'hôpital de Sion ainsi que tous les rapports d'imagerie effectuée en lien avec ces atteintes et de solliciter des rapports de tous les médecins ayant examiné la recourante. Cela fait, l'intimée devra, selon les conclusions des médecins traitants, ordonner une expertise.

10. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la décision sur opposition du 22 novembre 2017 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.

La recourante obtenant gain de cause, est représentée par un avocat auquel elle a dû recourir pour défendre ses intérêts dans le cadre du présent recours, de sorte qu'une indemnité lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Cette indemnité est arrêtée en l'espèce à CHF 1'500.-.

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision sur opposition du 22 novembre 2017.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 1'500.-, au titre de dépens.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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