

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1961 en Thaïlande, est employée en qualité d'opératrice prototypes rouages par B_____ SA Genève (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} avril 2007. À ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la SUVA).
2. En date du 2 avril 2014, l'assurée a été victime d'un accident sur son lieu de travail, accident pris en charge par la SUVA.
3. Selon le résumé de séjour du 3 avril 2014 établi par le Service des urgences des Hôpitaux universitaires du Canton de Genève (ci-après : HUG), l'assurée avait présenté un trauma crânien sans perte de connaissance après avoir reçu une poutre sur le crâne de 40 kg et de 3 mètres de haut. Elle s'était plainte d'une vision trouble, de céphalées et de photophobie. L'examen clinique et les investigations pratiquées étaient sans particularité, étant précisé que les paramètres vitaux étaient dans la norme, avec un score de 15/15 à l'échelle de Glasgow, et qu'un scanner cerebro-cervical pratiqué la veille n'avait révélé ni hémorragie intracrânienne ni fracture. La surveillance neurochirurgicale était marquée par des céphalées importantes, qui cédaient à l'antalgie. Le diagnostic de commotion était retenu et l'incapacité de travail totale jusqu'au 6 avril 2014.
4. Dans la déclaration de sinistre du 8 avril 2014, l'employeur a notamment mentionné qu'un ouvrier qui intervenait sur une porte coulissante avait déposé le cache-moteur de la porte en position verticale, derrière le poste de travail de l'assurée, et que cet élément était tombé sur la tête de celle-ci.
5. Par certificat du 7 avril 2014, le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-traitant de l'assurée, a attesté d'une totale incapacité de travail pour une durée indéterminée, régulièrement renouvelée par la suite.
6. Dans un rapport du 15 avril 2014, la doctoresse D_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, consultée en raison d'une vision floue de l'œil droit et d'une crainte de la lumière, a exclu une lésion de l'œil droit et constaté que les lunettes étaient adaptées. Elle n'avait pas d'explication pour l'instant à l'acuité visuelle un petit peu abaissée, sans modification de la réfraction.
7. Le 16 avril 2014, une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du cerveau a été pratiquée, l'assurée se plaignant depuis le sinistre de troubles visuels et de la marche, d'hémicrânie droite pulsatile, de photophobie et d'hypersomnie. Dans son rapport y relatif établi le jour même, le docteur E_____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu que son examen ne révélait pas d'effet de masse ni de déplacement de la ligne médiane, pas d'hématome intra-parenchymateux, extra-dural ou sous-dural, pas de dilatation anévrysmale ni shunt artério-veineux. Il a relevé la présence d'un kyste arachnoïdien en regard du lobe temporal gauche avec un élargissement modéré des espaces sous-arachnoïdiens et une lacune ischémique de la capsule interne gauche.

8. Dans un rapport du 6 juin 2014, le docteur F_____, spécialiste FMH en neurologie, a exposé que l'évolution suite à l'accident était caractérisée par la présence de céphalées, d'un tremblement du membre supérieur droit, de paresthésies du membre supérieur droit et du cuir chevelu, de nuchalgies, de lombalgies, de troubles de l'équilibre et de la vue. Son examen neurologique montrait la présence d'un tremblement incessant du membre supérieur droit aussi bien au repos qu'à l'attitude sans autre anomalie, dont l'origine était vraisemblablement fonctionnelle. Concernant les paresthésies fluctuantes du membre supérieur droit survenant essentiellement la nuit, l'électroneuromyogramme révélait la présence d'un syndrome du tunnel carpien modéré à marqué caractérisé par une atteinte myélinique des fibres sensibles et motrices. Il existait certainement une composante anxio-dépressive réactionnelle à l'événement traumatique du 2 avril 2014. Il proposait d'introduire un antidépresseur et un somnifère pendant quelques semaines afin d'améliorer le sommeil, qui semblait passablement perturbé. Une IRM cervicale était préconisée et, en cas de persistance des difficultés de concentration, un bilan neuropsychologique afin de déterminer s'il s'agissait d'un problème lié à l'état anxio-dépressif ou s'il existait une atteinte cognitive.
9. Par rapport du 9 juin 2014, le Dr C_____ a diagnostiqué un traumatisme cérébral « par une poutre (?) sur le crâne. L'objet ferait 40 kg et 3 m de haut (?) » et de multiples troubles post traumatiques. Il a relevé que l'évolution était très lentement et partiellement favorable avec la persistance de paresthésies de l'hémicorps droit, une photophobie, des céphalées globales, des nausées, des nuchalgies, des troubles de la marche et une sensation de faiblesse du membre supérieur droit, des troubles mnésiques et cognitifs, un bradypsychisme et une sensibilité au bruit. Le traitement actuel consistait en la prise de médicaments et l'assurée le consultait à raison d'une fois par semaine ou quinzaine.
10. Suite à une IRM cervicale réalisée le 12 juin 2014, le Dr E_____ a constaté une protrusion discale C3-C4 de localisation médiane et paramédiane gauche en contact modéré avec la racine C4 gauche, une hernie discale C4-C5 de localisation médiane appuyant sur la partie antérieure du cordon médullaire, une protrusion discale C5-C6 et C6-C7 sans contrainte radiculaire, une uncarthrose modérée sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires, une compression du cordon médullaire dans sa partie antérieure en C4-C5 par la hernie discale, sans signe de myélomalacie. En outre, l'apophyse odontoïde était légèrement décentrée par rapport aux masses latérales de l'atlas en défaveur du côté droit.
11. Le 23 juillet 2014, l'assurée a été entendue à son domicile par un collaborateur de la SUVA. Elle a alors déclaré ne pas pouvoir certifier les circonstances de l'accident car elle n'avait rien vu arriver, mais elle avait senti un choc violent sur l'arrière du crâne, ce qui l'avait propulsée en avant et elle avait violemment percuté son établi avec le front puis était retournée en arrière. Elle s'est notamment plainte de fourmillements sur tout le côté droit, de maux de tête, d'un tremblement

permanent de la main droite, de pertes de mémoire permanentes, d'idées très confuses, réfléchissant très lentement et devant beaucoup se concentrer pour suivre une conversation, de douleurs aux niveaux de la nuque et de la colonne dorsale, de troubles de l'équilibre, de la vue et du sommeil.

12. Par rapport du 8 septembre 2014, le Dr F_____ a relevé que son examen neurologique montrait une discrète limitation des mouvements du rachis cervical, qui était douloureux en fin de course, ainsi qu'une hypoesthésie au toucher-piquer de l'hémicorps droit, sans autre anomalie. Compte tenu des résultats de l'IRM cervicale, il préconisait de procéder à des examens complémentaires pour déterminer si les troubles sensitifs de l'hémicorps droit étaient en rapport avec le problème de compression médullaire cervicale. La poursuite du traitement d'antidépresseur et d'antalgiques était proposée, ainsi que des séances de physiothérapie douce et un bilan neuropsychologique en lien avec les troubles cognitifs dont se plaignait l'assurée.
13. Dans un rapport du 15 septembre 2014, le Dr C_____ a diagnostiqué un status post traumatisme crânien sur la tête avec de multiples troubles consécutifs, neurologiques et cognitifs, internes mais aspécifiques. L'évolution était lentement favorable avec une diminution des céphalées et des dysesthésies diffuses de l'hémicorps droit, de l'otophobie et de la photophobie. Il a ajouté que l'assurée avait toujours tendance au bradypsychisme.
14. Le 19 septembre 2014, un examen des potentiels évoqués somesthésiques (ci-après : PES) a conclu que les PES des quatre membres étaient dans la norme.
15. Mandatée par la SUVA, la doctoresse G_____, spécialiste FMH en neurologie, a rendu un rapport le 26 septembre 2014, suite à deux examens de l'assurée à sa consultation. Elle a retenu les diagnostics de syndrome du tunnel carpien droit et de traumatisme crânio-cérébral et cervical sans perte de connaissance suite à l'accident du 2 avril 2014, accompagné de troubles neuropsychiatriques, de troubles cognitifs légers éventuels (mnésiques antérogrades et attentionnels), d'un syndrome cervical, d'une possible névralgie occipitale droite et d'un tremblement du membre supérieur droit, au décours, d'origine indéterminée. La neurologue a relevé que l'examen clinique et l'anamnèse étaient rendus difficiles par le niveau de français très modéré. L'assurée frappait par un bradypsychisme et une certaine anxiété et tristesse. De discrets troubles attentionnels étaient présents lors de la première consultation, mais moins évidents lors de la seconde. Sur les voies longues, hormis un tremblement variable surtout de la main droite et des attitudes non ergonomiques lors des épreuves cérébelleuses statiques, la spécialiste ne mettait rien en évidence. Un syndrome cervical était présent et le nerf occipital droit sensible à la palpation. En conclusion, l'assurée, préalablement dynamique et intégrée, présentait depuis le traumatisme crânio-cérébral et le traumatisme cervical une évolution marquée par des troubles neuropsychiatriques, à savoir un état anxio-dépressif, étant précisé qu'un état de stress post-traumatique devait être évoqué dans le diagnostic différentiel, éventuellement des troubles cognitifs mineurs, à moins que ces derniers

ne soient secondaires aux premiers, ainsi que des troubles sensitifs de l'hémicrâne droit. Il était possible que la racine C2-C3 ait été lésée lors du traumatisme. Les réveils nocturnes, dans le contexte des paresthésies de la main droite, étaient probablement secondaires au syndrome du tunnel carpien. La spécialiste n'avait pas d'explication concernant le tremblement du membre supérieur droit, au décours. En l'état, l'assurée était clairement dans l'impossibilité de travailler. La poursuite du traitement en cours (prises quotidiennes de Cymbalta, Sirdalud, Lyrica et Becozym, Dafalgan et Irfen en réserve, et des séances de physiothérapie) était suggérée, ainsi qu'une prise en charge psychiatrique et ergothérapeutique, une infiltration, le port d'une attelle du poignet et un examen neuropsychologique.

16. Par rapport du 21 octobre 2014, Madame H_____, neuropsychologue, a indiqué que son examen montrait des résultats déficitaires en mémoire épisodique non verbale, au niveau de l'empan verbal, en attention divisée, et un ralentissement psychomoteur. La mémoire verbale n'avait pas pu être testée en raison du manque de maîtrise du français. Elle a également relevé quelques contradictions, résultant peut-être de la barrière linguistique et/ou culturelle, de la fatigue ou de difficultés psychiatriques éventuelles. Ainsi, le ralentissement, très important dans certaines tâches, n'apparaissait pas toujours aussi fortement dans d'autres. L'assurée ne comprenait pas certaines questions, mais comprenait bien un texte lu et pouvait le restituer correctement après 15 minutes. En outre, un test pratiqué en début de séance et qui n'utilisait pas le langage évoquait un défaut d'effort. L'assurée semblait avoir de la peine à donner accès à ses capacités cognitives, quelles qu'en soient les raisons et même si la possibilité de difficultés consécutives à l'accident n'était pas exclue, les résultats de l'examen neuropsychologique ne pouvaient pas être interprétés.
17. Dans un rapport du 10 novembre 2014, la Dresse G_____ a indiqué avoir revu l'assurée en consultation le jour même. Elle a confirmé les diagnostics retenus dans son précédent rapport, à l'exception des éventuels troubles cognitifs. Depuis sa dernière consultation, l'assurée avait nettement progressé anamnestiquement et objectivement, ce qui permettait de mieux l'évaluer et d'exclure une atteinte cognitive post-traumatique. En outre, la mise en confiance de cette assurée, réservée de nature, contribuait à faciliter l'évaluation. Le syndrome cervical, même s'il était encore marqué, s'atténuait. Les paresthésies de l'hémi-tête droite gênaient encore beaucoup l'assurée, mais moins. Les symptômes sensitivo-moteurs hémicorporels droits étaient moins souvent présents et leur intensité s'atténuait. Les paresthésies du membre supérieur droit répondaient plutôt bien au port d'attelle nocturne. Finalement, l'assurée sortait marcher seule, quotidiennement, ce qui était encore impensable il y a deux mois. L'évolution semblait donc prendre une nouvelle dynamique, très positive. Néanmoins, il était encore clairement trop tôt pour évoquer une reprise professionnelle, laquelle devrait se faire en temps voulu, sur un mode prudent, progressif et thérapeutique. L'assurée se décrivait peu loquace et n'avait pas très envie de discuter de ses problèmes avec un psychiatre,

mais la nécessité d'un tel suivi semblait heureusement beaucoup moins évidente actuellement.

18. Par rapport du 21 novembre 2014, la Dresse G_____ a relevé que les nuchalgies s'atténuaient, que la thymie s'améliorait et que l'assurée oubliait beaucoup moins. Demeuraient au premier plan, mais atténués, les troubles neuropsychiatriques, l'intolérance au bruit, le syndrome cervical et les paresthésies de l'hémicrâne droit.
19. Le docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil de la SUVA, a procédé à une appréciation neurologique sur la base de l'étude du dossier de l'assurée. Selon la traduction de son rapport rédigé en allemand le 1^{er} décembre 2014, le Dr I_____ a relevé que lors du sinistre, l'assurée n'avait pas perdu connaissance, qu'aucun signe de blessure externe n'avait été constaté, que les résultats de l'examen neurologique recueillis immédiatement après l'accident ne présentaient aucune particularité, que les investigations neuroradiologiques approfondies effectuées par la suite ne montraient aucune suite d'accident dans les régions du cerveau ou de la moelle épinière. De ce fait, les constatations neurologiques du Dr F_____ n'avaient pas de corrélations neuro-anatomiques. En outre, à l'époque du premier examen neurologique approfondi, des signes d'amplification des symptômes sous forme d'un tremblement continu de la main droite et du bras droit pouvaient être observés. S'y ajoutaient une composante anxio-dépressive. Les modifications dégénératives du rachis cervical décrites ultérieurement n'avaient aucun rapport de vraisemblance prépondérante avec l'événement accidentel ; ce dernier n'était pas apte à entraîner de telles atteintes ; aucune modification post-traumatique n'était mise en évidence, et la symptomatologie contemporaine de l'accident ne révélait aucun signe d'une lésion des structures de la moelle cervicale ou des racines nerveuses cervicales. Par conséquent, il n'y avait pas eu d'aggravation d'un état antérieur dégénératif au niveau du rachis cervical. Enfin, les résultats du bilan neuropsychologique d'octobre 2014 ne permettaient pas d'affirmer que l'assurée présentait des troubles des fonctions cérébrales, car ils étaient beaucoup trop contradictoires. Le médecin-conseil a conclu que les troubles n'avaient pas compensé un état antérieur et n'avaient pas de lien de vraisemblance prépondérante avec l'événement accidentel.
20. Par décision du 8 décembre 2014, la SUVA a clos le cas pour le 31 décembre 2014 et mis un terme à toutes ses prestations, au motif que les troubles qui subsistaient étaient exclusivement de nature malade et n'étaient plus dus à l'accident, de sorte que l'état de santé de l'assurée tel qu'il était avant l'accident pouvait être considéré comme atteint.
21. Dans un rapport du 9 décembre 2014, la Dresse G_____ a relevé que suite à l'arrêt de la prise en charge des séances de physiothérapie, les céphalées étaient à nouveau devenues quotidiennes, d'intensité moyenne. La seule manière de les faire régresser était de dormir, mais elles récidivaient deux heures après le réveil. L'assurée n'utilisait plus de minerve, mais elle soutenait après une ou deux heures sa tête de sa main, ce qui allégeait les céphalées. Le syndrome cervical était marqué, avec une

limitation de la rotation de la tête à 45° à droite et 40° à gauche. L'assurée n'avait plus de fourmillements du membre supérieur droit et les tremblements avaient quasi disparu. Le sommeil était de mauvaise qualité, mais l'état général continuait de s'améliorer, tout comme la thymie et l'anxiété.

22. En date du 16 décembre 2014, l'assurée s'est opposée à la décision du 8 décembre 2014, considérant que le sinistre était totalement responsable de son état actuel, physique et psychique.
23. Dans un nouveau rapport du 27 janvier 2015, la Dresse G_____ a indiqué que l'évolution se poursuivait de manière lentement favorable, surtout au niveau de la thymie et de l'anxiété, l'assurée reprenant confiance en elle. Par contre, le syndrome cervical demeurait marqué avec un gain mineur dans la rotation à droite d'environ 5° (limitation à 45° des deux côtés), mais la latéroflexion était très limitée des deux côtés. Les masses musculaires (trapèzes et paracervicales) étaient tendues et douloureuses à la mobilisation. En outre, l'intolérance au bruit et les troubles du sommeil persistaient.
24. Par courrier du 12 février 2015, la SUVA a informé l'assurée de l'annulation de la décision du 8 décembre 2014 et de la reprise du versement des prestations dès le 1^{er} janvier 2015.
25. Le 26 février 2015, la Dresse G_____ a relevé que l'évolution montrait une poursuite d'amélioration lentement progressive. La qualité du sommeil s'était légèrement améliorée. La thymie poursuivait son amélioration et l'angoisse était de moins en moins perceptible. Le syndrome cervical demeurait marqué, mais nettement amélioré par rapport au mois précédent, car l'assurée mobilisait spontanément plus aisément la nuque. La mémoire s'améliorait, l'intolérance au bruit persistait et l'assurée restait irritable. La physiothérapie était extrêmement bénéfique.
26. En date du 23 mars 2015, la neurologue a noté que l'évolution du syndrome cervical se poursuivait de manière favorable et qu'il était en passe de devenir modéré. La thymie était stable, mais l'anxiété surgissait encore au moindre imprévu ou désagrément, même mineur. L'assurée se décrivait encore très irritable.
27. Par rapport du 24 avril 2015, la Dresse G_____ a confirmé l'évolution favorable, précisant que l'assurée avait été capable de surmonter le stress lié au décès brutal de la mère de sa cousine à laquelle elle était très attachée et avait également réussi à s'occuper de sa cousine. Cependant, lorsqu'elle était tendue, la sensation de tremblement récidivait, ce qui générait une inquiétude. De même, elle était inquiète car lors d'une conversation, elle ne comprenait plus immédiatement les choses. L'intolérance au bruit avait régressé et le syndrome cervical s'était encore légèrement atténué, mais demeurait modéré et très sensible à la moindre tension musculaire. L'endurance physique continuait de s'améliorer.
28. Dans un rapport du 25 avril 2015, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un trouble de l'adaptation chronique,

réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22) en rémission et un antécédent d'état de stress post-traumatique (F43.1). L'assurée semblait sans antécédents psychiatriques avérés, mais était très réservée sur son passé. Seuls une enfance et une adolescence difficiles, suite à un père décédé accidentellement cinq jours après sa naissance, et un mariage malheureux étaient relevés. Le pronostic était bon, l'assurée s'étant grandement rétablie de son état anxio-dépressif. Celle-ci avait été examinée pour la première fois le 3 février 2015 et présentait une thymie triste, était anxieuse et avait du mal à se projeter dans l'avenir. Elle rapportait des troubles de la concentration et de la mémoire, des céphalées si elle devait se concentrer ou s'énerver, une sensation de fourmillement au niveau de tête à droite lorsqu'elle était moins bien psychiquement, des troubles du sommeil importants, une irritabilité, une impulsivité, des nalgies permanentes, une perte de motivation et des difficultés à éprouver du plaisir dans les activités de la vie quotidienne et elle avait peur de perdre l'équilibre et d'avoir un nouvel accident. Au fur et à mesure de l'avancée de la psychothérapie dans laquelle elle s'était bien investie, une progressive amélioration de la symptomatologie avait pu être observée. Actuellement, elle dormait mieux, l'humeur était par moment un peu triste mais en lien avec le décès de la mère de sa cousine, ainsi qu'à sa propre mère qui vivait en Thaïlande et pour qui elle s'inquiétait. Son anxiété avait fortement diminué et elle semblait avoir retrouvé confiance en l'avenir, la motivation et le plaisir, elle vaquait à ses activités habituelles et ne semblait plus avoir de colère vis-à-vis de son employeur, ni sur les circonstances et suites de son accident. Elle se déclarait même prête à travailler dans la même équipe, pour autant que le poste proposé tienne compte de ses douleurs à la nuque, seul symptôme qui semblait réellement persister et qu'elle continuait à mettre en avant.

29. Dans un rapport du 22 mai 2015, la Dresse G_____ a observé que l'évolution montrait encore des améliorations. Les paresthésies hémicrâniennes n'étaient plus qu'intermittentes, l'hyperréactivité au bruit avait disparu, la thymie était bonne avec un léger état anxieux, et le syndrome cervical s'améliorait discrètement, mais demeurait fragile et susceptible de s'aggraver à nouveau. L'assurée améliorait son endurance à l'effort et ne ressentait plus de tremblement interne.
30. Le 21 mai 2015, le Dr C_____ a écrit à la Dresse G_____ qu'il avait discuté avec le médecin de l'employeur, qui semblait prêt à aménager le poste de l'assurée. Cette dernière adhérait à une reprise de travail thérapeutique à 10%. Cliniquement, l'assurée se plaignait toujours de dysesthésies de l'hémi-crâne droit et de cervicalgies lors de positions statiques ou de mouvements des bras prolongés, mais elle allait globalement mieux et exprimait un certain optimisme.
31. Par rapport du 25 mai 2015, le Dr C_____ a diagnostiqué un status post traumatisme crânio-cérébral sans perte de connaissance sur un accident de travail, ainsi que des troubles cognitifs et neuropsychiatriques consécutifs. Il a indiqué à la SUVA que l'évolution était favorable, notamment psychologiquement avec une

diminution de la tristesse, de l'appréhension et une reprise d'une vision plus optimiste des choses permettant d'envisager une reprise thérapeutique adaptée.

32. Le 28 mai 2015, la doctoresse L_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a signalé que l'IRM du 12 juin 2014 avait été effectuée pour un problème cérébral et qu'il n'existait pas toutes les séquences désirées pour un problème cervical. Elle a conclu que cet examen confirmait des lésions dégénératives et l'absence de lésion traumatique. À un an du sinistre, les effets délétères étaient éliminés concernant les problèmes organiques de l'assurée, notamment au niveau cervical.
33. Par rapport du 11 juin 2015, la Dresse G_____ a relevé la poursuite de l'amélioration avec un gain important de rotation de la tête vers la gauche. L'assurée ne présentait plus de paresthésies hémicrâniennes, uniquement des hémicrâniennes secondaires à la sollicitation de la nuque. L'intolérance au bruit avait disparu, demeurait seulement l'impossibilité d'écouter de la musique avec un casque. La thymie était nettement améliorée et l'endurance à l'effort était excellente et en progrès, l'assurée pouvait désormais marcher deux heures par jour. Le contexte était favorable à un début de reprise d'activité professionnelle thérapeutique progressive dès le 16 juin 2015 à 10%, deux fois deux heures par semaine, sous couvert d'un arrêt de travail à 100%, dans un poste adapté.
34. En date du 1^{er} juillet 2015, le docteur K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin-conseil de la SUVA, a rendu un rapport suite à un examen psychiatrique réalisé le 24 juin 2015. Il a retenu les diagnostics de syndrome post-commotionnel (F07.2), de troubles anxieux et dépressifs mixtes (F41.2) et de probables troubles mixtes de la personnalité (F61.0). L'assurée déclarait ne pas se souvenir des circonstances du sinistre, notamment de la présence éventuelle de témoins ou de l'intervention du service médical de l'employeur. Elle se rappelait uniquement être partie seule en ambulance et avoir été très angoissée par l'accident, avec l'idée d'avoir miraculeusement échappé à la mort. Suite au sinistre, elle avait développé un tableau neuropsychologique extensif, qui persistait. Elle présentait notamment des céphalées, des fourmillements, une fatigue et des troubles à effectuer des tâches mentales, une altération des fonctions cognitives, une intolérance au stress, suite à un traumatisme crânien. Ces symptômes étaient accompagnés de symptômes dépressifs et anxieux avec des craintes d'une atteinte cérébrale qui serait devenue définitive. Le descriptif clinique était en tout point compatible avec les critères diagnostics d'un syndrome post-commotionnel. L'intensité et la nature exacte de la symptomatologie étaient difficiles à évaluer. En effet, si l'assurée liait dans un premier temps la dysphorie uniquement et entièrement à l'accident qui était présenté comme le seul facteur explicatif de la déstabilisation de son existence, le Dr K_____ a relevé qu'elle n'était pas intégrée, ne disposait d'aucun réseau social hormis sa cousine, avait eu une vie affective qui était une succession d'échecs (deux divorces). De plus, elle se trouvait en deuil puisque la mère de sa cousine, qui agissait en tant que mère de substitution, était

décédée trois mois auparavant. Il existait également des éléments indicateurs d'un trouble de la personnalité préexistant puisque l'assurée était décrite par sa cousine comme une personne déjà très particulière, qui avait une estime d'elle-même basse, introvertie, timide, qui gardait tout à l'intérieur d'elle-même et ne s'exprimait guère. D'ailleurs, durant l'entretien, le médecin s'était retrouvé devant une personne qui avait l'air complètement fragilisée, perdue et déstabilisée, comme si l'accident avait participé à l'effondrement d'une structure de personnalité déjà particulièrement fragile. Selon les indications fragmentaires, il était probable qu'une bonne dose de la composante d'anxiété était liée à une personnalité de type anxieuse, voire dépendante, mais qu'il y avait également une composante anxieuse liée à la conviction que le choc avait provoqué des dommages irréversibles au niveau de la tête. Ces différents constats laissaient présager un pronostic sombre, avec probablement un processus où l'on ne pouvait pas s'attendre à une guérison, où il y avait un risque de chronicisation et de régression de l'assurée, avec un mode de fonctionnement qui allait devenir de plus en plus dépendant. Selon lui, il n'y avait qu'une causalité naturelle partielle entre les troubles psychiques et l'accident, étant précisé que le syndrome post-commotionnel était en rapport avec le sinistre et qu'il existait une composante pré-morbide déterminante s'agissant de la symptomatologie anxieuse et dépressive. Il a relevé un problème de langue et de compréhension majeur et noté que le comportement de l'assurée était probablement passablement altéré avec la présence de la cousine, car elle montrait clairement un comportement très infantile et de dépendance. Il était peu probable qu'elle ait des capacités d'introspection et de remise en question. Il ne voyait donc pas ce qu'une intervention spécialisée pourrait amener de supplémentaire dans cette situation.

35. Selon une note interne de la SUVA du 9 juillet 2015, l'employeur avait constaté que l'assurée ne se souvenait pas comment exécuter ses tâches habituelles, n'avait pas reconnu ses collègues et s'était plainte de maux de tête liés aux ultra-sons des machines.
36. Par rapport du 9 juillet 2015, la Dresse G_____ a observé que la reprise du travail avait clairement accentué le syndrome cervical, étant relevé que l'activité impliquait une flexion de la nuque possiblement trop importante et trop longue. S'y ajoutaient une tension musculaire secondaire à la fatigue induite par la reprise et des signes de fatigabilité du membre inférieur droit. En revanche, la reprise avait un impact très favorable sur la thymie et indirectement sur la « mémoire » qui s'améliorait. Le taux de l'activité en cours était pour l'instant le maximum exigible.
37. Dans un nouveau rapport du 3 août 2015, la Dresse G_____ a noté une atténuation du syndrome cervical, mais l'assurée n'avait pas encore retrouvé l'état de santé qu'elle avait avant qu'elle ne reprenne une activité à des fins thérapeutiques. Par ailleurs, elle était toujours sous anti-inflammatoires et myorelaxants et prenait occasionnellement du paracétamol. Elle devait se reposer une heure l'après-midi pour reposer et relaxer la musculature cervicale. L'endurance physique et mentale

poursuivait son amélioration et ne représentait pas une limitation à l'activité thérapeutique.

38. Par courrier du 27 août 2015, la SUVA a informé l'assurée que le tiers responsable de son accident avait présenté une version divergente, à savoir que la pièce qui était tombée sur l'assurée pesait environ 8 kg, et non 40 kg. Les prestations qui avaient été versées à l'assurée étaient en partie remises en cause et des éclaircissements lui étaient demandés sur les circonstances des événements.
39. En date du 4 septembre 2015, la Dresse G_____ a signalé que l'assurée était détendue et dynamique, mais que l'angoisse était à nouveau légèrement perceptible, en particulier avec le courrier reçu dernièrement de la SUVA. L'évolution du syndrome cervical était à nouveau favorable et les myorelaxants et antalgiques avaient pu être levés depuis le 21 août 2016. La spécialiste avait procédé à un status neurologique complet, lequel s'était révélé normal. La mobilité de la nuque était en amélioration, la thymie était conservée, mais un tremblement et une fatigabilité du membre supérieur droit, ainsi qu'une diminution de l'endurance mentale et une fatigabilité de l'hémicorps droit étaient relevés. Malgré le contexte délicat, elle avait décidé d'augmenter le taux d'activité à 15% dès le 8 septembre 2015 (trois heures deux fois par semaine).
40. En date du 14 septembre 2015, l'assurée a précisé les circonstances du sinistre à la SUVA, notant qu'un objet métallique très lourd était tombé par derrière sur sa tête, laquelle avait tapé deux fois contre la table de travail à cause du poids et de la force de cet objet, qu'elle avait senti sa tête se secouer. Ensuite, elle n'avait plus rien vu et s'était sentie trembler de tout son corps. Ses collègues étaient arrivés tout de suite à côté d'elle, mais elle ne savait pas lesquels car elle ne voyait rien. Elle avait de très fortes douleurs dans la tête et avait été conduite seule en ambulance aux HUG. Partant, elle était incapable de savoir quel objet lui était tombé sur la tête. Lorsqu'elle était arrivée aux urgences, sa tête était intouchable à cause des douleurs et elle avait senti beaucoup de vibrations à l'intérieur, tout son corps tremblait et sa vue était troublée. Elle avait très peur de mourir et était très triste, pensant à sa mère et à sa cousine. Après des examens, elle avait passé la nuit aux urgences, avec la peur et les douleurs, seule dans le noir car elle ne supportait ni le bruit ni la lumière. Le lendemain, les médecins lui avaient dit qu'elle souffrait d'un traumatisme crânien après avoir reçu une poutre de 40kg sur la tête. Quel que soit le poids de cette poutre, elle souffrait physiquement et psychiquement et présentait une grave atteinte au système nerveux. Elle se sentait handicapée par rapport aux fourmillements dans la tête et le corps du côté droit. Elle souhaitait reprendre une vie normale, comme avant son accident.
41. Le même jour, Madame M_____, cousine de l'assurée, a écrit à la SUVA. Elle avait été prévenue du sinistre par l'employeur, qui lui avait indiqué que l'assurée avait eu un grave accident, qu'une poutre lui était tombée sur la tête et qu'elle avait été conduite aux HUG. Un des deux ambulanciers lui avait indiqué que sa cousine avait reçu une poutre de 40 kg de 3 m de haut sur la tête.

42. Le 21 septembre 2015, l'employeur a communiqué à la SUVA un rapport d'accident daté du 14 septembre 2015, duquel il ressort qu'un ouvrier attelé à l'entretien des portes automatiques avait déposé un cache en aluminium au sol, en position verticale, derrière l'assurée, le temps de prendre un chiffon pour le nettoyer. Le cache, d'un poids de 8.5 kg et de 249 cm x 30 cm, était alors tombé sur l'assurée.
43. Par rapport du 21 septembre 2015, la Dresse G_____ a constaté que le syndrome cervical s'était encore amélioré, que les mouvements naturels de la tête et du tronc étaient fluides. L'amplitude de rotation était de 80° des deux côtés, non douloureuse, et la latéroflexion s'était légèrement améliorée et l'amplitude quasi normale et peu douloureuse. Les masses musculaires étaient moins tendues et indolores. Il n'y avait pas de tremblement de la main droite. En conclusion, l'augmentation de deux heures par semaine du temps de travail thérapeutique n'était pas délétère à l'assurée. Dès le 28 septembre 2015, le taux serait augmenté à 22.5%, soit trois heures trois fois par semaine.
44. Lors d'une séance qui s'est tenue le 22 septembre 2015 entre des représentants de la SUVA, de l'employeur et de l'office cantonal de l'assurance invalidité du canton de Genève, il a été relevé que l'assurée ne pouvait pas reprendre ses anciennes tâches car elle ne pouvait rien porter, ne se souvenait pas de la façon de les exécuter et ne pouvait pas réaliser des travaux fins à cause des tremblements du membre supérieur droit. En outre, la position statique requise par le poste n'arrangeait pas la situation. Elle avait actuellement un rôle de support pour ses collègues, sans aucun rendement, mais une progression dans l'acquisition des tâches avait tout de même été notée.
45. Par décision du 24 septembre 2015, la SUVA a mis un terme à ses prestations au 30 septembre 2015, au motif que les troubles dont l'assurée se plaignait n'étaient plus suffisamment démontrables d'un point de vue organique, de sorte que le lien de causalité adéquate devait être nié. De plus, en l'absence de séquelles adéquates de l'accident, la SUVA ne pouvait pas non plus allouer des prestations en espèces supplémentaires, telle une rente d'invalidité ou une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.
46. Dans un rapport du 8 octobre 2015, la Dresse G_____ a fait état d'une récurrence d'angoisse. Contrairement à la dernière consultation, l'assurée n'était plus attentive aux propos et intégrait difficilement les explications données. Le syndrome cervical était stationnaire. Lorsqu'elle tentait d'accélérer le rythme de travail, les hémicéphalées et paresthésies droites récidivaient. Chaque « nouvelle » activité devait lui être ré-enseignée. L'assurée était intolérante au bruit et sensible à l'interférence. Elle souffrait de constater qu'elle ne parvenait plus à faire les choses comme avant.
47. En date du 9 octobre 2015, l'assurée a formé opposition contre la décision du 24 septembre 2015, relevant en substance qu'elle n'avait auparavant jamais souffert des troubles survenus après son l'accident, lesquels étaient liés au sinistre.

-
48. Le 16 octobre 2015, la Dresse G_____ a écrit au médecin-conseil de la SUVA qu'après une période difficile où prédominaient un syndrome cervical sévère et des troubles neuropsychiatriques, avec notamment des oublis et des difficultés de concentration, une lente évolution favorable avait débuté. Les étapes successives du dossier assécurologique avaient eu pour effet de déstabiliser fortement l'assurée, au moment justement où toute l'énergie était mise dans une reprise thérapeutique professionnelle progressive. L'arrêt des prestations de la part de la SUVA était difficilement compréhensible vu le type d'accident, la symptomatologie et la clinique de l'assurée, qui étaient congruentes.
49. Par décision du 6 novembre 2015, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a considéré que, au plan cervical, les modifications dégénératives du rachis cervical n'avaient aucun rapport de vraisemblance prépondérante avec l'accident. En effet, ce dernier n'était pas apte à entraîner de telles atteintes, aucune modification post-traumatique n'avait été mise en évidence, la symptomatologie contemporaine de l'accident ne révélait aucun signe d'une lésion des structures de la moelle cervicale ou des racines nerveuses cervicales et il n'y avait pas eu d'aggravation d'un état antérieur dégénératif à ce niveau. À un an de l'accident, les effets délétères de celui-ci ne jouaient plus de rôle dans les plaintes persistantes. L'existence de séquelles de lésions crânio-cérébrales physiques n'était pas établie à satisfaction de droit. En l'occurrence, les HUG avaient posé le diagnostic initial de commotion cérébrale, soit des troubles fonctionnels dépourvus de substrat morphologie objectivable. Le sinistre devait être classé dans les accidents de gravité moyenne. Aucune circonstance concomitante dramatique n'était à déplorer, s'agissant d'un choc inattendu par l'arrière d'un objet de 249 cm sur 30 cm pour un poids de 8.5 kg. Il en irait de même si un poids de 40 kg devait être retenu. Une commotion cérébrale ne présentait pas une gravité particulière, le traitement médical n'avait pas été anormalement long ou pénible, il était dépourvu d'erreur ou de complication. Quant aux douleurs, il n'était pas établi qu'elles aient empiété en permanence sur tous les compartiments de la vie de l'assurée. Enfin, le critère relatif à la durée et l'importance de l'incapacité de travail devait également être écarté. Partant, le lien de causalité entre les troubles présentés et l'accident assuré devait être nié.
50. Par acte du 7 décembre 2015, l'assurée, représentée par un mandataire, a interjeté recours contre la décision précitée et conclu, sous suite de dépens, à son annulation et à ce que l'intimée soit condamnée à reprendre et poursuivre le versement de ses prestations, notamment celui des indemnités journalières, avec effet rétroactif au 1^{er} octobre 2015. Subsidièrement, elle a conclu au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a invoqué que le lien de causalité naturelle et adéquate entre le sinistre et son incapacité de travail était donné. Selon elle, il s'agissait d'un accident de gravité moyenne, lequel avait été particulièrement impressionnant, puisqu'elle avait reçu un objet de 40 kg et de 3 m de haut sur la tête. À cet égard, elle a relevé que l'intimée avait remis en question le poids de l'objet plus d'un an après l'accident. Ce dernier avait provoqué un

traumatisme crânio-cérébral et cervical sans perte de connaissance avec des troubles neuropsychiatriques, un syndrome cervical, une possible névralgie occipitale droite et des tremblements du membre supérieur droit. Si le syndrome cervical s'était légèrement amélioré, elle présentait encore des troubles neuropsychiatriques se traduisant notamment par un repli sur soi-même, des limitations de sorties par crainte de l'extérieur et de ses dangers, une intolérance au bruit, une perte d'intérêts, des difficultés de concentration ainsi que des troubles du sommeil. Elle a allégué que ses douleurs et limites psychologiques l'empêchaient d'avancer et de surpasser la situation dans laquelle elle se trouvait. Elle ne pouvait plus effectuer de simples actions routinières et était diminuée quant à ses capacités de vivre en société, car elle ne supportait plus le bruit et la lumière, tremblait et ne parvenait plus à se concentrer. Cette diminution avait provoqué chez elle un réel problème psychologique et une peur constante de l'extérieur. Avant la survenance du sinistre, elle avait toujours été indépendante, active et sportive, ce qui n'était plus le cas. Les lésions subies revêtaient une gravité et une nature particulière. Depuis l'accident, elle avait consulté de nombreux spécialistes et malgré ses efforts, le processus de guérison ne suivait pas forcément son cours. Elle faisait de véritables efforts pour reprendre une activité professionnelle. Alors qu'elle demeurait en incapacité totale de travailler, son médecin-traitant lui avait permis de reprendre une activité thérapeutique auprès de l'employeur, à 10% depuis le 16 juin 2015, à 15% depuis le 8 septembre 2015, à 22.5% depuis le 6 juin 2015, et à 30% du 9 au 24 novembre 2015.

51. Dans sa réponse du 17 février 2016, l'intimée a conclu, sous suite de dépens, au rejet du recours. Elle a considéré que la recourante ne remettait pas en question l'absence de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles somatiques persistants au-delà du 30 septembre 2015, ce qui ressortait au demeurant de l'appréciation probante du Dr I_____ du 12 février 2016. Sur ce point, l'intimée a relevé que la Dresse G_____ ne rapportait pas à un substrat somatique les atteintes qu'elle attribuait à la commotion cérébrale. Au contraire, elle avait observé un status neurologique normal. Ainsi, les atteintes objectivables d'un point de vue organique que présentait la recourante, soit celles confirmées par les IRM, ne pouvaient pas être attribuées, même partiellement, à l'événement assuré. Le caractère adéquat du lien de causalité devait être examiné à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, et non pas à celle en matière de traumatisme de type « coup du lapin » à laquelle la recourante s'était référée. Cela étant, l'existence d'un tel rapport de causalité devait être niée, quel que soit la méthode choisie. S'agissant des circonstances de l'accident, l'intimée considérait en définitive que le sinistre méritait d'être situé dans la catégorie inférieure des accidents de gravité moyenne.

L'intimée a communiqué une nouvelle appréciation neurologique du Dr I_____ du 12 février 2016 en allemand, ainsi que sa traduction. Le médecin-conseil a relevé que les tremblements et les paresthésies de la région de la tête ne s'expliquaient pas

par des modifications structurelles organiques faisant suite à l'accident, que les tensions musculaires ne constituaient pas des constatations ayant un caractère objectif et que le syndrome du tunnel carpien au niveau de la main droite était sans lien avec le sinistre. Les différentes projections de l'IRM du rachis cervical du 12 juin 2014 permettaient d'apprécier la position des vertèbres, leur configuration extérieure et leur structure interne, ainsi que les disques intervertébraux et leurs rapports aux racines nerveuses et à la moelle épinière. On distinguait facilement les modifications dégénératives considérables qui affectaient les corps vertébraux, les articulations intervertébrales et les disques intervertébraux en C3/C4, C4/C5, C5/C6 et C6/C7. Il n'y avait pas d'indices suggestifs de fractures vertébrales ou de bâillements des espaces intervertébraux. La protrusion discale en C3/C4 ne conduisait pas à un conflit radiculaire significatif. C'était en C4/C5 que la protrusion discale médiale était la plus marquée ; elle entraînait à cet endroit un effacement subtotal de la partie antérieure de l'espace sous-arachnoïdien. La moelle épinière était rétrécie à ce niveau sans qu'il y ait pour autant de signal de malacie intramédullaire. Ces altérations n'étaient pas attribuables à l'évènement accidentel, mais s'étaient développées au fil des ans. Les séquences d'IRM à disposition étaient suffisantes pour l'appréciation de la situation médicale de la recourante. Le CT-scan crânio-cérébral réalisé le jour de l'accident et l'IRM crânio-cérébrale du 16 avril 2014 permettaient d'apprécier d'éventuelles blessures de la région de la tête. Ainsi, l'examen contemporain de l'accident n'avait montré aucune suite d'accident intra- ou extra-cérébrale et l'IRM effectuée 14 jours plus tard n'avait mis en évidence aucune conséquence intracrânienne imputable à l'évènement accidentel. Par conséquent, on pouvait exclure la présence d'une lésion cérébrale traumatique significative, à la fois structurelle et objectivable, avec un degré de vraisemblance prépondérante, si l'on tenait compte de l'évolution documentée des troubles de la recourante et des constatations cliniques contemporaines de l'accident (pas de perte de connaissance, score de 15 sur 15 dans l'échelle de Glasgow, pas de blessure externe indentifiable, examen neurologique normal). Répondant aux questions de l'intimée, le médecin-conseil a conclu que les atteintes à la colonne cervicale objectivée par les IRM constituaient des modifications dégénératives préexistantes qui ne s'étaient pas péjorées en raison de l'accident, que la recourante ne présentait pas de lésion cérébrale structurelle objectivable, avec un degré de vraisemblance prépondérante, et qu'il n'y avait pas de corrélation organique aux constatations recueillies par la Dresse G_____.

52. Invitée à deux reprises par la chambre de céans à répliquer, la recourante n'y a pas donné suite.
53. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA ; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision du 24 septembre 2015 confirmée sur opposition le 6 novembre 2015, à nier à la recourante tout droit à des prestations de l'assurance-accidents à partir du 1^{er} octobre 2015.
5. 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).

6. a. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à

l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; 1992 n° U 142 p. 75; arrêt du Tribunal fédéral 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46).

b. Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement

s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (arrêt du Tribunal fédéral 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et les références).

La preuve médicale de la causalité naturelle dans le cas d'une hernie discale, décompensée par l'accident assuré, est remplacée par la présomption jurisprudentielle – qui se fonde sur la littérature médicale – selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme étant terminée, en règle générale, après six à neuf mois, au plus tard après un an (arrêts du Tribunal fédéral 8C_412/2008 du 3 novembre 2008 consid. 5.1.2 et 8C_467/2007 du 25 octobre 2007 consid. 3.1 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 avec références). S'il s'agit d'un accident sans lésions structurelles au squelette, il y a lieu de considérer que la chronicisation des plaintes doit être attribuée à d'autres facteurs (étrangers à l'accident). Des plaintes de longue durée consécutives à une simple contusion doivent en effet souvent être imputées à un trouble de l'adaptation ou de graves perturbations psychiques (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 ; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 60/02 du 18 septembre 2002).

Le lien de causalité naturelle entre un accident et une hernie a notamment été nié dans les cas suivants : une chute dans un escalier n'est pas la cause d'une hernie discale, lorsque l'assuré souffrait déjà d'une discopathie avant l'accident et que celle-ci a été aggravée de 15% environ par la chute, dès lors que l'accident ne peut être qualifié d'événement sans lequel le dommage ne se serait pas produit (RAMA 1986 n° K 703 p. 473 et ss, consid. 2b) ; lorsque l'assuré souffrait depuis plusieurs années d'une modification dégénérative du tissu conjonctif de l'anneau extérieur du disque intervertébral et qu'il est pratiquement sûr que la hernie discale puisse être attribuée à ce dommage du disque intervertébral (RAMA 1990 n° K 849 p. 325).

c. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type «coup du lapin» justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin» - apparaissent eux-mêmes dans le délai

de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

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

b. En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5). Selon la jurisprudence, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral également en présence d'une commotion cérébrale légère. La gravité d'une telle lésion est évaluée notamment grâce à l'échelle de Glasgow, méthode permettant de mesurer la profondeur d'un coma grâce à certains critères (ouverture des yeux, réponse motrice et réponse verbale). Une commotion cérébrale est qualifiée de légère lorsqu'elle atteint une valeur de 13 à 15 sur l'échelle de Glasgow. Or, même en présence d'une telle commotion ou d'un "Mild Traumatic Brain Injury" (MTBI), des douleurs subsistent encore après une année dans 15% des cas environ (arrêt du Tribunal fédéral 8C_428/2007 du 9 juillet 2008 consid. 4.3 et les références).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références).

Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés ni dans la catégorie des accidents de peu de gravité ni dans celle des accidents graves. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des 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, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1).

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: ainsi, les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a ; 117 V 369 consid. 4b). Nonobstant ce qui précède, 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 - si les symptômes (non psychiques) du tableau clinique sont réellement à l'arrière-plan par rapport à l'importance des symptômes psychiques, ou si ces troubles psychiques apparaissent très tôt de manière prédominante, soit dans un délai maximum de six mois, ou si l'accident n'a fait que renforcer des troubles psychiques qui étaient déjà présents avant cet événement, ou encore lorsque les troubles psychiques constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante et non seulement l'un des éléments du tableau clinique type (ATF 123 V 98 consid. 2) - il convient d'appliquer, dans les cas d'accidents de gravité

moyenne, les critères objectifs tels que définis à l'ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et à l'ATF 115 V 403 consid. 5c/aa, au regard des seules atteintes somatiques.

8. a. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 117 V 359 consid. 4b).

Selon la jurisprudence, il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en œuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (ATF 134 V 109 consid. 9.4).

Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas

de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

Une expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

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; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3).

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 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).

9. 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 ; 126 V 353 consid. 5b; 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).

Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10. En l'espèce, l'intimée a nié le droit de la recourante à toutes prestations d'assurance au-delà du 30 septembre 2015, considérant, sur la base des appréciations de ses médecins-conseils, qu'elle présentait, d'une part, des modifications dégénératives du rachis cervical sans rapport de causalité naturelle avec l'accident, et d'autre part, des troubles dépourvus de substrat organique qui n'étaient pas en lien de causalité adéquate avec le sinistre.
11. a. Au niveau cervical, l'IRM du 12 juin 2014 a révélé l'existence de nombreuses atteintes, en particulier une protrusion discale C3-C4 en contact modéré avec la racine C4 gauche, une hernie discale C4-C5 appuyant sur la partie antérieure du cordon médullaire, une protrusion discale C5-C6 et C6-C7 sans contrainte radiculaire, une uncarthrose modérée sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires et une compression du cordon médullaire dans sa partie antérieure en C4-C5 par la hernie discale, sans signe de myélomalacie. Le rapport du Dr E_____ y relatif ne précise toutefois pas si ces atteintes sont d'origine dégénérative.
- b. Le Dr I_____ a retenu, dans son rapport du 1^{er} décembre 2014, que la recourante présentait un état antérieur dégénératif, lequel n'avait pas été aggravé par le sinistre. Selon lui, l'événement accidentel n'était en effet pas apte à entraîner de telles atteintes, aucune modification post-traumatique n'était mise en évidence et la symptomatologie contemporaine de l'accident ne révélait aucun signe d'une lésion des structures de la moelle cervicale ou des racines nerveuses cervicales.

Il est constaté au préalable, s'agissant des circonstances du sinistre, que rien ne justifie de s'écarter des indications détaillées contenues dans le rapport d'accident de l'intimée du 14 septembre 2015, ce d'autant plus que la recourante n'a pas été en mesure de se prononcer sur le poids de l'objet qu'elle n'a pas vu (cf. compte-rendu de l'audition du 23 juillet 2014, courrier de la recourante du 14 septembre 2015) et que l'origine des informations divergentes ressortant du résumé de séjour des HUG du 3 avril 2014, à savoir que la poutre pesait 40 kg, n'est pas connue. Il peut donc

être tenu pour établi, au degré de la vraisemblance prépondérante requis, que la recourante a reçu sur la tête, alors qu'elle était assise, un cache en aluminium d'un poids de 8.5 kg et d'une dimension de 249 cm x 30 cm, qui était posé à la verticale derrière elle. La réception sur la tête d'un tel objet tombant de cette hauteur représente un choc considérable, même si son poids n'est « que » de 8.5 kg.

Cela étant, le Dr I_____ est parti du postulat, alors non remis en cause par l'intimée, que la poutre pesait 40 kg et qu'elle était tombée de 3 m de haut. Un tel événement revêt indiscutablement une importance notable, de sorte que le médecin-conseil ne pouvait se contenter d'affirmer, sans motivation aucune, qu'il n'était pas apte à entraîner les atteintes décelées lors de l'IRM. Concernant ses deux autres arguments, à savoir qu'aucune modification post-traumatique n'était mise en évidence et que la symptomatologie contemporaine de l'accident ne révélait aucun signe de lésion des structures de la moelle cervicale ou des racines nerveuses cervicales, ils sont dépourvus de tout développement qui permettrait de confirmer que l'ensemble des pathologies constatées résulterait d'un état maladif préexistant sur lequel le sinistre n'aurait eu absolument aucune répercussion.

c. La Dresse L_____ a signalé, dans son appréciation du 28 mai 2015, que l'IRM du 12 juin 2014 ne contenait pas toutes les séquences désirées pour un problème cervical, compte tenu du fait qu'elle avait été réalisée pour un problème cérébral. Elle a conclu que cet examen confirmait des lésions dégénératives et l'absence de lésion traumatique. Elle a estimé qu'à un an du traumatisme, les effets délétères étaient éliminés concernant les problèmes organiques de la recourante, notamment au niveau cervical.

En premier lieu, il sied de relever que si cette appréciation est conforme à la jurisprudence selon laquelle une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne vertébrale cliniquement asymptomatique doit être considérée comme terminée au plus tard après une année, la Dresse L_____ n'a toutefois pas livré le moindre argument en faveur d'un état maladif préexistant. De plus, elle s'est écartée de la première appréciation du service médical de l'intimée puisqu'elle a estimé que le sinistre avait aggravé l'état maladif, alors que le Dr I_____ a conclu que l'état antérieur dégénératif n'avait pas été péjoré par l'accident. Elle n'a toutefois pas exposé pour quelles raisons leur point de vue divergeait, ni en quoi consistaient les exacerbations qu'elle retenait et quelle était leur ampleur. Il est également surprenant que la Dresse L_____ ait pu prendre position tout en constatant l'absence d'un examen complet. Ce document ne permet donc pas de déterminer, selon le critère de la vraisemblance prépondérante, si les lésions cervicales objectivées ont été provoquées ou déclenchées par l'événement accidentel.

d. Enfin, dans son rapport du 12 février 2016, le Dr I_____ a estimé que l'IRM du rachis cervical du 12 juin 2014 permettait d'apprécier la position des vertèbres, leur configuration extérieure et leur structure interne, ainsi que les disques intervertébraux et leurs rapports aux racines nerveuses et à la moelle épinière. Il a

retenu que les atteintes à la colonne cervicale révélées par les IRM constituaient des modifications dégénératives préexistantes qui ne s'étaient pas péjorées en raison de l'accident. Selon lui, « À l'instar du Dr E_____ », on distinguait facilement les modifications dégénératives considérables qui affectaient les corps vertébraux, les articulations intervertébrales et les disques intervertébraux en C3/C4, C4/C5, C5/C6 et C6/C7. Il n'y avait pas d'indices suggestifs de fractures vertébrales ou de bâillements des espaces intervertébraux. La protrusion discale en C3/C4 ne conduisait pas à un conflit radiculaire significatif. C'était en C4/C5 que la protrusion discale médiane était la plus marquée ; elle entraînait à cet endroit un effacement subtotal de la partie antérieure de l'espace sous-arachnoïdien. La moelle épinière était rétrécie à ce niveau sans qu'il y ait pour autant de signal de malacie intramédullaire. Ces altérations n'étaient pas attribuables à l'évènement accidentel, mais s'étaient développées au fil des ans.

Contrairement à ce qui a été avancé par le Dr I_____, le Dr E_____ n'a pas noté, dans son rapport du 12 juin 2014, que les atteintes révélées par son examen étaient d'origine dégénérative. À nouveau, le médecin-conseil de l'intimée n'a pas motivé les raisons pour lesquelles il estimait que les pathologies constatées résultaient d'un état maladif préexistant et rien dans son argumentation ne permet d'exclure que le sinistre ait provoqué la hernie et les protrusions discales. De surcroît, dans la mesure où il a contredit les conclusions de la Dresse L_____, laquelle a fait état d'une aggravation des lésions dégénératives, il était indispensable qu'il justifie sa position. Eu égard aux circonstances de l'accident et à la symptomatologie développée depuis lors par la recourante, il appartenait au Dr I_____ d'expliquer précisément les raisons pour lesquelles il était d'avis, d'une part, que les lésions préexistaient au sinistre et, d'autre part, que ce dernier n'avait eu aucune répercussion sur les atteintes cervicales.

e. En ce qui concerne les rapports des autres médecins appelés à examiner le cas de la recourante, il est rappelé que le Dr E_____ n'a donné aucune indication sur l'origine des lésions constatées. Quant aux Drs F_____ et C_____, ils n'ont pas non plus pris de conclusions à cet égard. Enfin, la Dresse G_____ a estimé qu'il était possible que la racine C2-C3 ait été lésée lors du traumatisme, sans développer son point de vue et sans prendre position concernant les atteintes mises en exergue par l'IRM.

12. Eu égard à tout ce qui précède, la chambre de céans considère que la documentation médicale produite ne permet pas de déterminer, au degré de la vraisemblance prépondérante, si les atteintes cervicales constatées le 12 juin 2014 existaient déjà avant le sinistre, cas échéant si elles ont été aggravées et dans quelle mesure, ou si elles ont au contraire été provoquées par le traumatisme.

Partant, l'intimée n'était pas fondée, sur la base des pièces médicales en sa possession, à exclure tout rapport de causalité naturelle entre les lésions cervicales et l'accident assuré.

Pour ce motif déjà, la décision attaquée devra être annulée.

13. En ce qui concerne les troubles sans substrat organique, la situation médicale n'est pas claire à plusieurs égards.

a. Tout d'abord, s'il est constant que la recourante a été victime d'une commotion cérébrale, laquelle peut être qualifiée de légère au vu du score de 15/15 à l'échelle de Glasgow, il est rappelé qu'elle a déclaré que sa tête avait été propulsée en avant, avait violemment percuté son établi avant de retourner en arrière (cf. compte-rendu de l'audition du 23 juillet 2014) et qu'elle avait senti sa tête se secouer (courrier du 14 septembre 2015).

Une telle description correspond à un mécanisme susceptible de provoquer une extension ou une entorse au niveau des vertèbres cervicales. Or, aucun médecin consulté n'a pris position sur l'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin », ce qui permet de douter que les différents spécialistes ont eu une connaissance précise du déroulement du sinistre, ce d'autant plus que la recourante s'exprime difficilement en français et est décrite comme très réservée, ce qui a régulièrement compliqué les anamnèses.

Le fait que les premières pièces médicales ne fassent pas expressément état de douleurs dans la nuque et les épaules ne saurait suffire à écarter d'emblée la survenance d'un accident de type « coup du lapin ». En effet, les rapports des HUG du 3 avril 2014 et du Dr E_____ du 16 avril 2014 sont succincts et n'apparaissent pas indiscutablement exhaustifs quant aux symptômes présentés au cours des 72 heures suivant l'accident. De plus, il est rappelé que les Drs F_____ et C_____ ont clairement signalé des nuchalgies (rapports des 6 juin 2014, respectivement 9 juin 2014), mais n'ont pas précisé à partir de quand la recourante en souffrait. De même, la Dresse G_____ a fait état d'une limitation des mouvements du rachis cervical et diagnostiqué un syndrome cervical (rapport du 26 septembre 2014), sans donner d'indication quant à la cause de cette atteinte et au moment de sa survenance.

En l'état, il ne peut donc être posé de conclusions définitives sur la nature exacte des traumatismes générés par l'accident.

b. Il en va de même concernant d'éventuelles atteintes sur le plan neurocognitif.

En effet, bien que son examen ait révélé des résultats déficitaires en mémoire épisodique non verbale, au niveau de l'empan verbal, en attention divisée, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur, Mme H_____ n'a pas pu prendre de conclusion quant à la possibilité de difficultés consécutives à l'accident. Elle a notamment expliqué que la mémoire verbale n'avait pas pu être testée en raison du manque de maîtrise du français et qu'il existait des contradictions, lesquelles pouvaient résulter de la barrière linguistique et/ou culturelle, de la fatigue ou encore de difficultés psychiatriques éventuelles (rapport du 21 octobre 2014).

Pour sa part, le Dr C_____ a fait état de bradypsychisme (rapports des 9 juin et 15 septembre 2014) et de troubles mnésiques et cognitifs consécutifs à l'accident (rapport du 25 mai 2015).

Quant à la Dresse G_____, elle a retenu, dans un premier temps, le diagnostic de troubles cognitifs légers éventuels (rapport du 26 septembre 2014) avant d'exclure, dans un second temps, toute atteinte cognitive post-traumatique (rapport du 10 novembre 2014). Cette conclusion semble toutefois contredite par les observations subséquentes de la neurologue, qui a signalé à nouveau des problèmes mnésiques (rapports des 21 novembre 2014, 8 et 16 octobre 2015), relevé que la mémoire s'améliorait (rapports des 26 février et 9 juillet 2015 et 3 août 2015), fait état de problèmes de compréhension (rapports des 24 avril 2015 et 8 octobre 2015), de concentration (rapport des 8 et 16 octobre 2015) et d'un manque d'attention (rapport du 8 octobre 2015).

En outre, l'employeur a constaté que la recourante n'avait pas reconnu ses collègues et ne se souvenait pas comment exécuter ses tâches habituelles (notes de l'intimée des 9 juillet et 22 septembre 2015).

Dans ces circonstances, l'intimée aurait dû procéder à des examens complémentaires, de préférence en présence d'un interprète et sur plusieurs séances, et ne pouvait se contenter de l'avis du Dr I_____, lequel s'est borné à exclure tout trouble des fonctions cérébrales au motif que les résultats du bilan neuropsychologique étaient beaucoup trop contradictoires.

À ce stade, aucune conclusion ne peut donc être portée sur l'existence ou l'inexistence de troubles mnésiques et cognitifs consécutifs à l'accident.

c. Concernant les tremblements, le Dr I_____ a retenu, dans son premier rapport, que des signes d'amplification des symptômes sous forme d'un tremblement continu de la main droite et du bras droit pouvaient être observés à l'époque du premier examen neurologique réalisé par le Dr F_____. Or, il ne ressort pas du rapport du neurologue précité que ce dernier aurait estimé que la recourante exagérait le tremblement.

L'appréciation du médecin-conseil est dénuée de tout fondement et l'influence d'une composante psychique n'est en l'occurrence pas établie.

14. Enfin, au niveau psychiatrique, le Dr K_____ a considéré, dans son rapport du 1^{er} juillet 2015, qu'il existait des éléments indicateurs d'un trouble de la personnalité préexistant au motif que la recourante était décrite par sa cousine comme une personne déjà très particulière, qui avait une estime d'elle-même basse, introvertie, timide, qui gardait tout à l'intérieur d'elle-même et ne s'exprimait guère. Étant rappelé que le Dr K_____ a signalé un problème de langue et de compréhension majeur et estimé que le comportement de la recourante, très infantile et de dépendance, était probablement altéré par la présence de sa cousine, il apparaît critiquable qu'il n'ait pas jugé nécessaire d'examiner la recourante seule, en présence d'un interprète.

De surcroît, ses conclusions sont en contradiction avec l'appréciation de la Dresse J_____, laquelle avait indiqué que la recourante semblait sans antécédents psychiatriques avérés.

Compte tenu des avis divergents du Dr K_____ et de la Dresse J_____, aucune conclusion ne peut être portée sur le plan psychiatrique, notamment sur la question de savoir si la recourante a développé de manière précoce des problèmes d'ordre psychique qui constituent une atteinte à la santé distincte indépendante du traumatisme initial, ce qui justifierait l'application des critères en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident.

15. Des investigations supplémentaires se révèlent donc indispensables, tant en ce qui concerne les atteintes cervicales, les symptômes liés à la commotion cérébrale, voire un éventuel traumatisme de type « coup du lapin », qu'au niveau psychiatrique.
16. Par conséquent, la décision entreprise sera annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise multidisciplinaire comprenant des volets neurologique, rhumatologique, psychiatrique et neuropsychologique, au besoin, otoneurologique et ophtalmologiques. À l'issue de cette instruction, l'intimée rendra, dans les meilleurs délais, une nouvelle décision quant aux droits de la recourante à des prestations d'assurance.
17. La recourante obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'500.- 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]).

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 partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 6 novembre 2015.
4. Renvoie le dossier à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
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

Sylvie SCHNEWLIN

Raphaël MARTIN

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