

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4335/2011

ATAS/1166/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 26 septembre 2012

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame P_____, domiciliée à Vernier, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Florian BAIER

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS
D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 Lucerne, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Olivier DERIVAZ

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1962, est enseignante. A ce titre, elle est assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée).
2. Le 30 décembre 2008, l'assurée est tombée en arrière alors qu'elle était à la patinoire. Dans la déclaration d'accident du 16 janvier 2009, son employeur a indiqué que les lésions consistaient en un traumatisme cranio-cérébral, des vertiges, des pertes d'équilibre, de violents maux de tête et des douleurs à la mâchoire.
3. Un scanner cérébral natif réalisé le 9 janvier 2009 par la Dresse A_____, spécialiste FMH en radiologie, a permis d'écarter une lésion hémorragique.
4. Dans son rapport du 2 février 2009, le Dr B_____, spécialiste FMH en médecine générale, a fait état d'une chute sur le dos à la patinoire ayant entraîné un traumatisme cranio-cérébral sans perte de connaissance avec depuis de très fortes céphalées et des vertiges. Le status neurologique était sans particularité, de même que le scanner cérébral. Le diagnostic était celui de commotion cérébrale et l'incapacité de travail était totale depuis le 5 janvier 2009.
5. Le 20 février 2009, le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie, a réalisé un écho-doppler carotidien et vertébral sur l'assurée, qui s'est révélé normal.
6. Dans son rapport du 22 février 2009, le Dr C_____ a rappelé que l'assurée avait glissé en arrière et était tombée sur l'occiput. Il s'en était suivi une brève perte de connaissance de quelques secondes associée à l'apparition d'une amnésie rétrograde de plusieurs jours et de céphalées intenses. L'assurée ressentait également une sensation vertigineuse mal systématisée et des nausées, une phonophobie et des douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire des deux côtés mais prédominant à gauche. Le scanner cérébral était normal. Un essai de Temesta® par sa psychiatre n'avait pas amélioré les maux de tête. L'arrêt de travail perdurait. Le médecin a procédé à un examen neurologique à l'issue duquel il a conclu à un traumatisme cranio-cérébral responsable de la persistance des céphalées et de discrets troubles de l'équilibre. L'examen clinique montrait uniquement une instabilité modérée aux épreuves testant l'équilibre et l'écho-doppler des axes carotidiens et vertébraux ne révélait ni anomalie notable ni signe en faveur d'une dissection vertébrale. L'incapacité de travail devait être prolongée tant que les maux de tête et la sensation de déséquilibre ne se seraient pas améliorés.
7. Dans son rapport du 31 mars 2009, le Dr B_____ a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel avec une évolution lente mais des céphalées persistantes. La reprise du travail était prévue pour le 6 avril 2009. Aucun dommage permanent n'était à craindre.

8. L'assurée a séjourné à la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (CRR) du 11 au 13 mai 2009. Dans leur rapport du 18 mai 2009, les Drs D _____, spécialiste FMH en neurologie, et E _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, ont étudié le dossier médical de l'assurée, retracé son anamnèse et diagnostiqué un traumatisme crânio-cérébral léger (S 06.00) et les comorbidités suivantes: hypertension artérielle (I 10); status après plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche en 1986 et 2008, status après multiples arthroscopies des deux genoux, gonarthrose bilatérale (M 17.0) et status après ostéotomie des deux genoux. L'assurée a décrit une chute sur le dos avec une perte de connaissance de 10 à 15 secondes. Après une consultation chez un ostéopathe, la douleur de l'articulation temporo-mandibulaire avait disparu mais les suites étaient marquées par une somnolence, des troubles visuels, une sensation vertigineuse et des troubles de l'équilibre, un acouphène bilatéral, une hyperacousie gauche et des céphalées diffuses. Elle se plaignait actuellement de céphalées en casque, d'une photophobie et d'une phonophobie. Elle avait des troubles de la concentration et de la mémoire et ne pouvait conduire plus de dix minutes car elle oubliait le but du trajet. Elle souffrait d'une paraphrasie sémantique et ne supportait plus ses lunettes. L'assurée a subi une évaluation de ses capacités fonctionnelles.

A l'issue de l'examen clinique, le Dr D _____ a retenu que l'assurée avait été victime d'un léger traumatisme crânio-cérébral laissant persister des plaintes compatibles avec un syndrome post-commotionnel avec céphalées. L'examen neurologique se situait dans les limites de la norme, sans évidence de signe de latéralisation. Du point de vue cognitif, on retrouvait les plaintes habituelles d'un syndrome post-commotionnel caractérisées par les difficultés de concentration et de mémoire de travail. Cependant, aucune difficulté d'orientation et de planification de ses rendez-vous n'avait été observée. L'anamnèse était précise, ne laissant entrevoir ni difficultés mnésiques ni troubles de la mémoire de travail ou de la concentration. L'examen clinique n'avait pas mis en évidence de signes d'atteinte vestibulaire ni de signes de vertiges cervicogènes, il s'agissait plutôt de troubles liés à la reprogrammation posturale avec des signes d'une dépendance visuelle et une faiblesse de la convergence fréquents dans ce type de syndrome. Une liste d'exercices avait été remise à l'assurée pour y remédier. Le problème principal concernait les céphalées tensionnelles, pour lesquelles un traitement de Nebilet® était introduit. Afin d'éviter une chronicisation des plaintes, une reprise des activités professionnelles à but thérapeutique était préconisée par le neurologue, à raison d'une heure de cours quotidienne à augmenter progressivement. Une reprise totale des activités dans un délai maximum de deux mois serait exigible.

Le Dr F _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a également procédé à une évaluation psychiatrique, relatant l'anamnèse et les plaintes de l'assurée qui décrivait des difficultés de concentration et à effectuer plus d'une tâche à la fois. Elle avait des problèmes de mémoire et se disait plus irritable avec une tendance à l'isolement depuis sa chute. Le diagnostic était celui de trouble de l'adaptation avec

réaction mixte anxieuse et dépressive en rémission (F 43.22) et status après anorexie et *tentamen* en 1993 en rémission (F 50.0). L'augmentation de l'irritabilité, la diminution de la patience et la tendance à l'évitement qui se manifestaient depuis l'accident étaient cependant insuffisants pour que l'on puisse parler d'un trouble de la personnalité au sens strict du terme. En bref, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique significative.

En conclusion, les Drs D_____ et E_____ ont qualifié le pronostic de favorable car l'accident n'avait pas entraîné de lésion somatique objectivable ni laissé de séquelle psychique. L'assurée disposait de bonnes ressources personnelles qui lui avaient permis de surmonter des épreuves dans le passé et son milieu familial et professionnel paraissait stable. Les médecins n'ont préconisé aucune investigation complémentaire, qui risquerait de renforcer inutilement l'inquiétude de l'assurée. Il s'agissait de rassurer cette dernière sur le devenir de ses céphalées tensionnelles. Une reprise des activités professionnelles serait favorable et l'assurée se déclarait prête à la tenter.

9. Dans son rapport du 10 juin 2009, le Dr B_____ a confirmé le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral avec syndrome post commotionnel et qualifié l'évolution de lentement favorable avec une diminution progressive des céphalées. La reprise du travail était prévue pour le 24 août 2009.
10. Le Dr G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné le dossier de l'assurée le 15 juin 2009 en soulignant qu'une capacité de travail complète était attendue dans les deux mois selon les constats des médecins de la CRR.
11. L'assurée a consulté le Dr H_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, le 17 juin 2009. Celle-ci se plaignait de troubles visuels à la suite de son accident. Elle avait le sentiment que ses lunettes la gênaient et accentuaient ses céphalées. Elle remarquait de temps en temps la présence d'éclairs blancs dans son champ visuel droit. Le status était parfaitement normal hormis un petit strabisme latent gênant l'assurée à la lecture. Les autres symptômes décrits étaient très certainement en relation avec son traumatisme crânien et semblaient progressivement s'améliorer. Quelques exercices de fusion étaient préconisés contre le strabisme.
12. L'assurée a eu un entretien téléphonique avec un collaborateur de la SUVA en date du 26 août 2009. Elle a exposé qu'elle avait dû réduire son taux d'activité de 100% à 60%. Elle avait demandé à son médecin de reprendre le travail car elle ne voulait pas rater la rentrée scolaire et rester à la maison n'était pas bon pour son moral. Elle n'avait pas constaté d'amélioration depuis son accident et n'était plus capable d'assumer une activité à plein temps. Elle souffrait de céphalées, d'acouphènes et de douleurs de type musculaire dans la nuque.

13. Dans un certificat du 15 septembre 2009, le Dr B_____ a certifié que l'assurée avait été victime d'un traumatisme cranio-cérébral le 30 décembre 2009 et souffrait actuellement d'un syndrome post-commotionnel important avec une très faible réponse aux antalgiques. En raison de cette atteinte, elle avait dû baisser son taux d'activité et ne pourrait plus travailler à 100%.
14. Par courrier du 2 octobre 2009, l'assurée a signalé à la SUVA que les séquelles de l'accident l'avaient obligée à diminuer son taux d'activité à 60%. Elle devait régulièrement s'absenter lorsque les maux de tête devenaient trop violents. Si elle avait repris son poste au taux d'activité antérieur de 100%, elle aurait dû être en incapacité de travail à 40%.
15. A la demande de la SUVA, le Dr I_____, spécialiste FMH en neurologie, a examiné l'assurée le 10 novembre 2009. Il a relaté son anamnèse et indiqué que l'assurée souffrait de céphalées permanentes bilatérales, augmentant lors de secousses ou quand elle se penchait en avant. Les céphalées étaient partiellement calmées par du paracétamol à raison de 10 à 30 comprimés par mois et du Méfénacide 500® environ 10 fois par mois. Elles avaient parfois un caractère pulsatile et étaient accompagnées de nausées épisodiques sans vomissement. Il y avait également une fatigue diffuse et des acouphènes bilatéraux plus marqués à gauche. L'assurée se plaignait également de vertiges décrits comme un trouble de l'équilibre intermittent mais fréquent. Ce spécialiste a réalisé un électroneuromyographe, qui révélait les signes d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral assez important un peu plus marqué à droite qu'à gauche mais il ne s'agissait pas là d'un problème d'origine cervicale. Un traitement chirurgical était indiqué pour cette atteinte sans qu'il y ait urgence. En ce qui concernait la capacité de travail, le médecin a rappelé que l'assurée avait réduit son temps de travail de 40% et il était d'avis qu'on pouvait retenir une incapacité de travail partielle en rapport avec le syndrome post-traumatique. La situation n'était toutefois pas stabilisée à moins d'une année après l'accident.
16. Le 18 novembre 2009, la Dresse J_____, spécialiste FMH en radiologie, a pratiqué une IRM cérébrale avec séquence angiographique des vaisseaux intra-crâniens et étude détaillée des conduits auditifs internes et angles ponto-cérébelleux. Cet examen avec injection de produit de contraste n'a révélé aucune anomalie notable, en particulier aucune lésion cérébrale post-traumatique objectivable. La séquence angiographique des vaisseaux intra-crâniens était normale, de même que les conduits auditifs internes et angles ponto-cérébelleux.
17. Madame Q_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP auprès du Service de neurologie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE (HUG), a réalisé un examen neuropsychologique de l'assurée le 18 février 2010. Dans son rapport du même jour, elle a relevé les difficultés signalées par l'assurée à la suite de son accident, soit des maux de tête invalidants, une fatigabilité accrue, une

sensibilité au bruit et à la lumière, des acouphènes, des vertiges, un rétrécissement du champ visuel ainsi qu'un besoin de sommeil accru, des troubles mnésiques et attentionnels importants et des difficultés langagières. L'assurée a indiqué que les souvenirs des événements antérieurs à la chute étaient relativement flous sur quinze jours. Elle ne pouvait pas reprendre la conduite automobile et ne se déplaçait plus qu'à bicyclette. Elle n'évoquait pas de tristesse majeure mais son mari avait remarqué une certaine mélancolie depuis sa chute. Elle avait développé des comportements d'évitement depuis l'accident en refusant d'en parler ainsi que des symptômes neurovégétatifs se manifestant par des sursauts et une tendance à rester sur ses gardes. Elle éprouvait un sentiment de honte face à cet événement. La souffrance psychologique était gérable. L'assurée était collaborante et très appliquée lors des tests réalisés. Elle avait compris aisément les consignes et exécuté les tâches rapidement. Les fonctions phaso-practo-gnosiques et exécutives, la mémoire à court et long termes et l'attention se situaient globalement au-dessus de la moyenne, voire dans les normes supérieures. La spécialiste a constaté parallèlement à ces performances une certaine fatigabilité et des signes d'un état de stress post-traumatique sous forme de comportements d'évitement et de symptomatologie neurovégétative décrits lors de l'anamnèse et des maux de tête s'intensifiant au fil de l'examen.

18. Lors d'un entretien téléphonique du 10 mars 2010, l'employeur de l'assurée a confirmé à la SUVA que le taux d'activité contractuel depuis le 1^{er} septembre 2009 était de 63%.
19. Le Dr K_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement auprès de la SUVA, a examiné l'assurée le 6 mai 2010. Il a résumé le dossier médical de l'assurée, qu'il a complété en relatant les plaintes de celle-ci. Elle souffrait encore de maux de tête d'intensité variable, de problèmes de concentration et d'acouphènes ainsi que de problèmes d'équilibre. Elle se disait très fatiguée. Elle avait subi quelques jours auparavant une opération du tunnel carpien à droite. Elle avait par ailleurs bénéficié d'un traitement psychiatrique en raison de problèmes personnels, qui avait pris fin en été 2009. Le médecin a procédé à l'examen clinique en pratiquant notamment un status neurologique succinct. Objectivement, l'assurée s'était montrée vigile et bien orientée pendant l'examen. Il a exposé qu'à l'issue de cet examen, il avait tenté d'expliquer à l'assurée que les diverses investigations n'avaient pas démontré de lésion structurelle pouvant expliquer ses maux de tête et que l'étiologie devait être recherchée ailleurs que dans l'accident. Elle avait alors eu une réaction de colère en déclarant que personne ne la croyait. Elle s'était levée en larmes et n'avait pas voulu poursuivre l'examen. Dans son appréciation, le Dr K_____ a noté que les investigations médicales n'avaient pas mis en évidence de lésion cranio-cérébrale et que l'évolution depuis l'accident était marquée par des troubles subjectifs dont des céphalées résistant à tout traitement. Une hypertension artérielle avait été rapportée lors du séjour à la CRR, et les médecins avaient conclu à l'origine vraisemblablement tensionnelle des

céphalées, qui étaient au premier plan des plaintes de l'assurée. Au vu du dossier, il apparaissait vraisemblable que les troubles de l'assurée ne soient pas imputables au traumatisme crânio-cérébral léger dont elle avait été victime et que des facteurs non organiques et d'ordre psychologique influencent l'évolution de l'assurée, qui avait déjà été traitée par le passé pour des troubles psychiatriques relativement sévères. L'assurée avait par ailleurs indiqué que les céphalées diminuaient occasionnellement lorsqu'elle buvait un verre d'alcool, ce qui n'était guère caractéristique des céphalées consécutives à un traumatisme crânio-cérébral qui sont d'ordinaire amplifiées par l'alcool. En sus des facteurs psychologiques, l'hypertension artérielle était également susceptible de favoriser les céphalées. Si l'on se fondait exclusivement sur les constatations somatiques, l'accident avait selon toute vraisemblance déjà cessé de déployer ses effets. Dans l'avis joint à son rapport, le Dr K_____ s'est déterminé sur le lien de causalité entre les troubles subjectifs et le traumatisme crânio-cérébral en concluant qu'il n'était pas probable.

20. Dans son courrier du 6 mai 2010 à la SUVA, l'assurée s'est plainte de la manière dont le Dr K_____ l'avait reçue. Elle a déclaré que celui-ci ne l'avait pas écoutée et avait reporté ses réponses aux questions au fur et à mesure de manière tronquée. Son examen neurologique avait été bâclé et il lui avait indiqué que ses maux de tête n'étaient pas d'origine traumatique. L'assurée lui avait alors demandé comment il arrivait à ces conclusions malgré les avis contraires des autres spécialistes consultés mais il ne l'avait pas écoutée. Elle s'en était alors allée et considérait que cet accueil était inadmissible et incompatible avec les valeurs prônées par la SUVA.
21. Par courrier du 28 mai 2010, l'assurée, par son mandataire, a requis de la SUVA qu'elle prenne en charge la perte de gain liée à la diminution de son temps de travail. Elle s'est référée aux éléments du dossier et à un rapport du 5 mai 2009 établi par la Dresse L_____, spécialiste FMH en neurologie, et a affirmé que l'incapacité de travailler à un taux supérieur à 63% était largement documentée.
22. A la demande de la SUVA, l'assurée lui a fait parvenir le rapport de la Dresse L_____ de mai 2009. Celle-ci a relaté l'anamnèse de l'assurée, qui a notamment signalé qu'elle avait souffert de céphalées entre 30 et 40 ans. Elle prenait un traitement antalgique de Dafalgan® à raison de 4 à 6 mg par jour, d'ibuprofène 600 quatre fois par jour ou de Méfénacid 500 ®. Celui-ci diminuait quelque peu l'intensité des douleurs. Le Zomigoro® était totalement inefficace. Elle prenait également du Tryptizol® à raison de 10 mg le soir bien qu'il n'ait pas modifié les céphalées. A l'issue de l'examen, cette spécialiste a noté que les céphalées dont souffrait actuellement l'assurée étaient différentes de celles qui ressortait de l'anamnèse et que l'assurée présentait de nombreux troubles retrouvés dans les syndromes post-commotionnels. L'examen neurologique n'était pas tout à fait normal et faisait suspecter une atteinte vestibulaire périphérique gauche, à investiguer par un examen neuro-ORL et une IRM cérébrale. La neurologue a

notamment relevé que l'assurée devrait essayer de limiter sa consommation d'antalgiques. L'arrêt de travail devait se poursuivre.

23. Le Dr K_____ s'est déterminé sur le rapport de la Dresse L_____ dans son avis du 23 juin 2010. Il a relevé que l'IRM cérébrale préconisée par cette spécialiste avait été réalisée et n'avait montré aucune lésion. Partant, ce rapport ne modifiait pas ses conclusions du 6 mai 2010.
24. Par décision du 24 juin 2010, la SUVA s'est référée à l'appréciation du Dr K_____ et a retenu que l'accident n'entraînait plus d'effets 18 mois après sa survenance. Elle reprenait le service d'indemnités journalières à 100 % sur la base d'une capacité de travail de 63% depuis le 28 août 2009 jusqu'au 30 juin 2010 mais mettrait un terme à toutes ses prestations dès le 1^{er} juillet 2010.
25. L'assurée s'est opposée à dite décision le 12 juillet 2010. Elle a relevé que la SUVA s'appuyait uniquement sur l'appréciation du Dr K_____ qui était contestée par l'ensemble des médecins qui s'étaient penchés sur son cas. Cet avis présentait au demeurant d'importantes lacunes, dans la mesure où l'anamnèse éludait les avis des Drs C_____, L_____ et I_____ qui avaient chacun confirmé l'incapacité de travail et le lien de causalité avec l'accident. De plus, le Dr K_____ ne se référait pas à la littérature médicale et ne discutait pas l'avis des médecins précités. La conclusion du médecin d'arrondissement selon laquelle des facteurs psychologiques influençaient l'évolution était d'ailleurs contredite par le rapport neuropsychologique, qui révélait des fonctions cognitives se situant nettement au-dessus de la moyenne. Elle a soutenu que les spécialistes consultés lui avaient indiqué que les céphalées consécutives à un traumatisme cranio-cérébral pouvaient s'estomper en deux à trois ans. Elle a donc invité la SUVA à verser les prestations au-delà du 30 juin 2010.
26. Par courrier du 17 août 2010, l'assurée s'est référée à un rapport du Dr I_____ dont elle a affirmé qu'il confirmait qu'elle souffrait encore de céphalées post-traumatiques en se fondant sur les connaissances médicales actuelles en la matière. Elle a joint copie de ce document du 4 août 2010, dans lequel le Dr I_____ a signalé au Dr B_____ qu'il avait revu l'assurée la veille. Elle était toujours très gênée par les céphalées permanentes. Ce neurologue considérait que la situation n'était pas stabilisée dans la mesure où toutes les possibilités thérapeutiques n'avaient pas été essayées et que l'évolution naturelle de céphalées post-traumatiques permettait une amélioration. Du point de vue théorique, il était connu que les céphalées s'estompaient le plus souvent mais qu'elles pouvaient durer un certain temps chez certains patients. La normalité des examens complémentaires et en particulier de l'IRM ne plaidait pas contre une étiologie post-traumatique. Les douleurs pouvaient être expliquées par des micro-traumatismes même s'il n'y avait pas de lésion visible à l'IRM.

27. Par courrier du 11 août 2010, l'assurée a transmis à la SUVA un rapport établi le 27 juillet 2010 par les Drs M_____ et N_____ du Centre de traitement de la douleur des HUG, qui ont notamment diagnostiqué des céphalées post-commotionnelles. Ces médecins ont retracé l'historique médicale de l'assurée et établi son anamnèse psychosociale, incluant un épisode dépressif à l'âge de 30 ans et la récurrence d'une symptomatologie dépressive en raison de troubles de la fécondité. L'assurée considérait son moral comme stable. L'examen clinique du rachis s'est révélé sans particularités. Ils ont préconisé des modifications du traitement médicamenteux et ont retenu que les efforts consentis par l'assurée pour poursuivre son activité professionnelle et sa vie de famille le plus normalement possible malgré l'importance des symptômes méritaient d'être reconnus malgré l'absence de lésions organiques, qui ne remettaient pas en cause la réalité de ses céphalées.
28. A la demande de la SUVA, le Dr B_____ a indiqué dans son rapport du 4 novembre 2010 que l'assurée, qu'il suivait depuis janvier 2007, n'avait pas connu de problème de santé majeur en 2007 et 2008. Elle était cependant au bénéfice d'un traitement de Fluoxétine® et était suivie par une psychiatre, bien qu'elle ne paraisse pas fragile psychologiquement au Dr B_____. Le diagnostic actuel était celui de syndrome post-commotionnel confirmé par les Drs L_____ et I_____, se présentant sous forme de céphalées intermittentes, d'acouphènes, de photophobie et de phonophobie. Plusieurs traitements avaient été tentés. Les bêtabloquants n'avaient pas eu d'efficacité réelle, à l'instar du Triptizol® et du Triptant®. La symptomatologie semblait actuellement stabilisée à une intensité supportable malgré des exacerbations beaucoup plus aiguës. En raison de ces douleurs chroniques et de l'incompréhension face à ces symptômes, l'assurée avait développé un état dépressif majeur dans le courant de l'année dernière et avait probablement été suivie sur le plan psychiatrique à ce moment mais le Dr BG_____ ne disposait d'aucune information sur ce point.
29. Par courrier du 5 novembre 2010, l'assurée a transmis à la SUVA un rapport de la Dresse L_____ du 21 septembre 2010. Celle-ci a complété l'anamnèse et a préconisé plusieurs modifications du traitement médicamenteux en soulignant que l'assurée devrait tenter de réduire le traitement antalgique et en précisant qu'elle adhérerait aux propositions des Drs M_____ et N_____.
30. Dans un courrier du 14 février 2011 au médecin-conseil de la SUVA, la Dresse L_____ a signalé que l'assurée, qui avait présenté durant une dizaine d'années des céphalées qui s'étaient amendées sept ou huit avant l'accident, ressentait désormais des céphalées post-commotionnelles de caractère tensionnel chroniques sur lesquelles se greffaient des accès plus intenses correspondant à des migraines sans aura.

31. Dans un rapport du 27 avril 2011, la Dresse O _____, spécialiste FMH en psychiatrie, a précisé qu'elle avait suivi l'assurée de décembre 2001 à juin 2009 pour des troubles dépressifs fluctuants en lien avec des difficultés familiales et professionnelles. Elle n'avait jamais présenté de troubles de la lignée psychotique ni de somatisations. Les maux de tête étaient apparus après l'accident du 30 décembre 2008 avec à l'époque des vertiges, une hyperacousie, des acouphènes, une photophobie ainsi que des moments de désorientation et des troubles de la concentration. L'assurée se plaignait actuellement d'une persistance des céphalées, d'acouphènes et de vertiges occasionnels. Le suivi psychothérapeutique s'était achevé en raison de la rémission presque totale sur le plan dépressif. La Dresse O _____ avait revu l'assurée à deux reprises en mai 2010 et en février 2011 pour évaluer une étiologie psychologique à ses plaintes. Elle n'avait pas jugé nécessaire de reprendre une thérapie car l'assurée ne présentait pas d'éléments des lignées dépressives ou anxieuses. Elle n'avait aucun argument pour une origine psychologique des céphalées et s'est déclarée surprise des conclusions de la SUVA, car les neurologues s'accordaient à dire que les céphalées pouvaient persister plusieurs années après un traumatisme crânio-cérébral même sans substrat organique. Il n'y avait pour l'heure pas de diagnostic psychiatrique.
32. Par décision du 1^{er} décembre 2009, l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI) a accordé une quart de rente à l'assurée de décembre 2009 à septembre 2010 et une demi-rente dès le mois d'octobre 2010 en se fondant sur un degré d'invalidité de 50 %.
33. La SUVA a remis le dossier de l'assurée au Dr S _____, spécialiste FMH en neurologie et spécialiste en psychiatrie pour appréciation. Celui-ci a rendu son rapport le 18 octobre 2011. Celui-ci a analysé les documents d'imagerie à disposition et les différents rapports médicaux. A la lecture des pièces du dossier, on pouvait supposer que l'assurée avait souffert exclusivement d'une contusion de la région du crâne (contusion *capitis*) mais pas d'une commotion cérébrale. En effet, elle affirmait avoir chuté sur le dos et s'être heurté la tête. Or, les critères définissant une commotion cérébrale comportent de manière obligatoire un trouble de l'état de conscience qualitatif ou quantitatif important faisant suite à un traumatisme de la tête adéquat. En l'espèce, le Dr B _____ avait précisé dans son rapport du 2 février 2009 que l'assurée n'avait pas subi de perte de connaissance. De plus, l'assurée n'avait pas consulté de médecin durant les cinq premiers jours suivant l'accident. C'est également pour cette raison que l'on ne disposait pas d'une estimation de son état de conscience d'après l'échelle de Glasgow (Glasgow coma scale/GCS). En se fondant sur la classification clinique des traumatismes de la région de la tête figurant dans les directives de la Société européenne de neurologie EFNS, on pouvait admettre en se référant aux indications de l'assurée et aux documents établis à l'époque de l'accident par le Dr B _____ que l'assurée avait vraisemblablement présenté la forme la plus légère d'un traumatisme crânio-cérébral léger de catégorie clinique 0. Une

catégorie plus grave de traumatisme cérébral léger ne pouvait être retenue en l'absence de constatation médicale d'altération de l'état de conscience correspondant à un score inférieur à 15 sur l'échelle de Glasgow. L'assurée avait évoqué plus tard un trouble possible de son état de conscience, qui pourrait correspondre tout au plus à une possible commotion cérébrale ou à un traumatisme cranio-cérébral léger (MTBI) de catégorie 2. Il n'existait aucun indice suggérant des déficits neurologiques cliniques consécutifs à l'accident. Le Dr B _____ n'avait pas rapporté de blessure externe de la région du dos ni de blessure de la tête. Le CT-scan et l'IRM cranio-cérébrale ne montraient pas de signes évocateurs d'une lésion organique ou structurelle des régions du système nerveux. En l'absence de lésions intra-crâniennes, comme en l'espèce, les troubles aspécifiques associés à un traumatisme cérébral léger (MTBI) de catégorie clinique 0 tendaient à s'atténuer dans un laps de temps de quelques jours ou de quelques semaines. Compte tenu des pièces médicales, un syndrome post-commotionnel ne pouvait être retenu chez l'assurée comme une conséquence vraisemblable de l'accident, entre autres en raison du fait que l'événement n'avait vraisemblablement pas entraîné de commotion cérébrale ou de traumatismes cérébraux légers de catégorie clinique 1 ou 2. De plus, il y avait lieu de préciser que le syndrome post-commotionnel retenu par le Dr D _____ ne constituait pas une entité diagnostique clairement définie dans la littérature médicale. Il s'agissait-là d'un tableau aspécifique de symptômes comportant les indications émanant des personnes affectées, sans corrélation avec des lésions organiques particulières. Aucun trouble concernant le rachis cervical, relatant des acouphènes ou se rapportant à l'articulation temporo-mandibulaire n'avaient été décrits lors du premier examen de l'assurée par le Dr B _____ le 5 janvier 2009 et jusqu'à la fin de son traitement des suites d'accident le 15 janvier 2009. Il n'y avait pas non plus d'indice d'un traumatisme supplémentaire de la région du rachis cervical. D'après la classification clinique des maux de tête établie par la Société internationale des céphalées (SIH), on pouvait supposer que l'assurée avait souffert de céphalées post-traumatiques aiguës en tenant compte de la chronologie car elle s'était plainte de maux de tête dès la première consultation. Un tel diagnostic n'avait cependant de sens que si l'assurée ne souffrait pas de maux de tête analogues avant l'évènement accidentel. Le Dr S _____ s'est référé aux études médicales qui relevaient que le pronostic était généralement bon pour les céphalées post-traumatiques aiguës, l'intensité et la fréquence des maux de tête s'atténuant dans un laps de temps de quelques semaines ou de quelques mois tout au plus après un évènement traumatique. Selon la définition de la SIH, des maux de tête post-traumatiques étaient à considérer comme des céphalées post-traumatiques chroniques dans la mesure où leur durée dépasse trois mois comme en l'espèce. En mai 2009, l'assurée avait indiqué à la Dresse L _____ qu'elle prenait du paracétamol, de l'ibuprofène et de l'acide méfénamique. Les doses des médicaments absorbés laissait supposer que l'assurée présentait des céphalées par abus médicamenteux (CAM ou médicament overuse headache, MOH) selon la définition de la SIH. La prise régulière de paracétamol et

d'acide méfénamique relatée au Dr I _____ en novembre 2009 était également compatible avec un abus d'analgésiques susceptible d'être à l'origine de maux de tête persistants. D'un point de vue neurologique, ce problème de santé particulier ne représentait pas une suite vraisemblable directe ou indirecte de l'accident. Les céphalées par abus médicamenteux pouvaient guérir grâce à la modification du comportement de l'assurée.

En résumé, les documents médicaux datant de janvier 2009 étaient évocateurs d'une contusion céphalique ou d'un traumatisme cérébral léger de catégorie clinique 0, mais non d'une commotion cérébrale ou d'un traumatisme cranio-cérébral léger de catégorie 2. L'assurée n'avait pas jugé nécessaire de se rendre chez le médecin dans les cinq premiers jours suivant l'accident pour que des examens soient effectués ; elle avait affirmé au médecin responsable de la prise en charge initiale qu'elle n'avait pas perdu connaissance lors de l'évènement. Le Dr S _____ constatait qu'au fil du temps, l'importance du trou de mémoire (lacune mnésique) et de la perte de connaissance évoqués par l'assurée s'accroissait. Au cours de l'évolution, les examens médicaux spécialisés et les investigations techniques annexes (y compris un examen d'imagerie cranio-cérébral détaillé) n'étaient pas évocateurs d'une lésion organique ou structurelle faisant suite à l'évènement accidentel rapporté. Même si l'on admettait la survenance d'une perte de connaissance lors de l'accident, on ne pourrait expliquer de troubles neurologiques durables par ce biais. L'analyse détaillée des documents médicaux et de l'imagerie cranio-cérébrale ne permettait pas d'un point de vue neurologique d'identifier d'indices suggérant une lésion organique consécutive à l'accident et susceptible d'expliquer les symptômes allégués par l'assurée, ni de signes évocateurs d'une lésion organique ou structurelle du système nerveux périphérique ou central.

Dans la mesure où aucune lésion organique n'avait été révélée malgré les investigations médicales, il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité et pas de droit à une indemnité à ce titre. Le Dr S _____ excluait de plus une limitation de la capacité de travail de l'assurée ou une diminution de rendement dès le 30 juin 2010 en raison de suites organiques de l'accident. Il y avait également lieu de mettre un terme à la prise en charge des traitements médicaux.

34. La SUVA a écarté l'opposition par décision du 15 novembre 2011. Après avoir rappelé les conditions auxquelles la jurisprudence permet de reconnaître une pleine valeur probante aux rapports médicaux et les conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge par l'assurance-accidents de troubles psychiques survenus après un évènement accidentel, elle a retenu que l'assurée avait été examinée par quatre neurologues depuis son accident et qu'aucun n'avait trouvé de lésion accidentelle organique permettant d'expliquer la persistance de ses plaintes. Elle a soutenu qu'il n'existait aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions des Drs K _____ et S _____. Ce dernier en particulier avait exposé de manière

claire et convaincante pour quels motifs les troubles dont l'assurée se plaignait n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 30 décembre 2008. Conformément à la jurisprudence, la causalité adéquate entre ces troubles et l'accident devait être d'emblée niée dès lors que l'accident était banal. Les critères jurisprudentiels permettant d'admettre un lien de causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques n'étaient par ailleurs pas remplis même si l'on considérait que l'accident était de gravité moyenne.

35. Par acte du 14 décembre 2011, l'assurée a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Elle conclut sous suite de dépens préalablement à l'audition des Drs C _____, L _____ et I _____ et de sa sœur, présente lors de l'accident et au fond au versement d'indemnités journalières à 100% dès le 1^{er} juillet 2010 puis à 50 % dès le 30 août 2010, et subsidiairement au versement d'une rente d'invalidité complète dès le 1^{er} juillet 2010 puis de 50 % dès le 30 août 2010. Elle soutient qu'elle a repris une activité partielle afin de ne pas risquer de perdre son emploi et qu'elle a été à plusieurs reprises en incapacité de travail après la reprise de son poste. Elle produit à cet égard le relevé de ses absences du 15 mai 2007 au 31 mars 2010. Elle affirme présenter une perte de gain de 50 % depuis le mois de septembre 2010, comme cela ressort de la décision de l'OAI. Elle allègue que le syndrome post traumatique définit un ensemble de symptômes issus d'un traumatisme cranio-cérébral dont font partie maux de tête, vertiges, fatigue, irritabilité, anxiété, insomnie, photophobie, phonophobie et troubles de la mémoire et de la concentration. Elle produit à cet égard de la documentation médicale qui recense les symptômes post-commotionnels suivants: céphalées, dépression, irritabilité, troubles de la mémoire, intolérance à l'alcool, vertiges ou perte d'équilibre, difficultés de concentration et d'attention et perte de la libido. Citant deux ouvrages médicaux dont elle produit les extraits, elle affirme qu'il est unanimement admis que la durée des céphalées post traumatiques n'est pas liée à la sévérité du traumatisme et qu'une perte de connaissance n'est pas nécessaire. Elle formule plusieurs allégations médicales sur la nature des céphalées post-traumatiques chroniques, les facteurs de risque et la durée des troubles. L'assurée soutient qu'il est rare que des lésions objectivables soient présentes en cas de céphalées post traumatiques chroniques. Partant, l'argument de l'intimée pour refuser ses prestations en raison de l'absence d'une telle lésion est dénué de fondement. S'agissant de l'absence de commotion cérébrale évoquée par le Dr S _____, elle affirme qu'elle s'est retrouvée alitée pendant cinq jours à la suite de son accident et que tous les autres spécialistes ont attesté d'une incapacité de travail complète à la suite de l'accident. Quant à la perte de connaissance, il ne s'agit pas d'un critère décisif selon la littérature médicale et la recourante a toujours affirmé avoir subi une très brève perte de connaissance. Tout en indiquant que le risque de surmédication a été évoqué par la Dresse L _____, elle relève que l'hypothèse de céphalées médicamenteuses est stupéfiante car elle aurait cessé de prendre des analgésiques si les douleurs avaient diminué. Elle affirme que l'avis du

Dr S_____ est contradictoire dès lors qu'il reconnaît qu'elle a présenté des céphalées post traumatiques aiguës alors qu'il est unanimement reconnu qu'une telle atteinte est caractérisée par une lésion organique objectivable, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. De plus, le Dr C_____ a conclu à une incapacité de travail totale tant que les maux de tête et les troubles de l'équilibre ne seraient pas résolus. La recourante se réfère également aux troubles présents immédiatement après l'accident tels que décrits dans le rapport de la Dresse L_____ du 5 mai 2009, au rapport du Dr I_____ et au rapport des médecins du Centre de la douleur. Elle considère qu'il n'est pas anodin que les neurologues aient tous établi le même diagnostic et que les Drs M_____ et N_____ ont indiqué que l'existence de céphalées ne pouvait être remise en question par l'absence de lésion organique. Or, le rapport du Dr S_____ contredit tous ces avis et présente des contradictions intrinsèques. L'atteinte à la santé n'étant pas stabilisée, la recourante requiert le versement d'indemnités journalières.

36. Dans sa réponse du 2 février 2010, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle se réfère à l'argumentation développée dans sa décision sur opposition et réaffirme que l'absence de lésion organique ne permet pas de retenir au degré d'une vraisemblance prépondérante un lien de causalité naturelle et adéquate avec son accident. Malgré quatre examens neurologiques complets, un examen neuro-psychologique et une évaluation au centre de la douleur, aucune lésion accidentelle n'a été révélée. Ainsi, aucun lien de causalité naturelle entre les atteintes et l'accident n'a pu être établi. Une origine psychique en lien de causalité adéquate peut également être écartée conformément à la jurisprudence, car l'accident est de toute évidence de peu de gravité. L'intimée affirme avoir statué après un examen complet du dossier, dont une analyse qui doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

37. La Cour de céans a entendu les parties lors de l'audience du 28 mars 2012.

La recourante a affirmé qu'elle était encore au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité et travaillait à 50%. Elle a admis avoir subi des migraines entre 28 et 30 ans mais elle avait trouvé un traitement et celles-ci avaient disparu. Elle considérait que ses troubles étaient en lien de causalité avec l'accident. Elle n'avait pas consulté un médecin immédiatement à la suite de l'accident, bien qu'elle ait hésité à le faire. Elle avait honte de cette chute stupide car elle était à la base professeur de sport. Elle était restée alitée durant cinq jours, avec des douleurs très intenses et des pertes d'équilibre. La recourante a répété qu'il s'agit pour elle de céphalées post-commotionnelles, ce que les Drs I_____ et L_____ ont confirmé. Ces médecins lui ont expliqué que les céphalées peuvent durer longtemps après un tel événement, voire être permanentes. Sa vie a changé depuis l'accident, elle ne prend plus sa voiture. Son caractère s'est modifié, elle n'a plus la même patience ni la même compréhension envers sa fille et ses élèves.

Son mandataire a soutenu que l'examen neuropsychologique a écarté toute dimension psychiatrique et permet de conclure qu'il s'agit de suites de l'accident. Il conteste l'appréciation du Dr S_____ et allègue que les références citées par ce dernier vont à l'encontre de ses conclusions, en ce sens que les chocs crâniens de faible importance peuvent aboutir à des céphalées post-traumatiques chroniques. Par ailleurs, il est inexact d'affirmer que les symptômes ne sont pas clairs. En effet, dans les articles médicaux produits à l'appui du recours, il est fait état de maux de tête, fatigue, phonophobie, etc. De plus, la Dresse L_____ n'est pas le médecin traitant de la recourante mais une spécialiste en neurologie reconnue au niveau européen. Or, cette spécialiste a admis une corrélation entre l'événement et les atteintes de la recourante qu'elle a qualifiées de troubles post-traumatiques chroniques. Le Dr I_____ a une appréciation identique, étant précisé que c'est l'intimée qui a envoyé la recourante chez ce médecin. En définitive, seul le Dr S_____ a une appréciation médicale différente. Celui-ci se contredit en affirmant que la recourante a souffert de céphalées post-traumatiques aiguës. Tel n'est pas le cas dès lors qu'il n'y avait pas de lésion objectivable. Le mandataire de la recourante a persisté dans la demande d'audition de témoins et a conclu subsidiairement à la réalisation d'une expertise.

Le mandataire de l'intimée a quant à lui soutenu que l'avis du Dr S_____ revêt valeur probante et que ce dernier a eu accès à l'intégralité du dossier. Il conteste l'inexactitude de la citation de la littérature médicale par le Dr S_____ et précise que celle-ci se rapporte à la classification des troubles. L'existence des troubles n'est pas niée mais il n'y a en l'espèce pas de lien objectif suffisant. Il a persisté dans ses conclusions en soutenant que le dossier est complet.

38. Par courrier du 12 juin 2012, la recourante a persisté dans sa demande d'audition des spécialistes en neurochirurgie (*sic*) consultés.
39. La Cour de céans a transmis copie de cette écriture a été adressée à l'intimée par pli du 14 juin 2012.
40. 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; RSG 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (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 345 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 droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 juin 2010, plus particulièrement sur le versement d'indemnités journalières et la prise en charge du traitement médical.

En revanche, le droit à la rente auquel la recourante conclut à titre subsidiaire ne fait pas l'objet du présent litige dès lors que l'intimée n'a pas statué sur cette prétention. En effet, dans la procédure juridictionnelle administrative, seuls les rapports juridiques au sujet desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision peuvent en principe être examinés. Dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 413 consid. 1a et les références citées).

5. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Le droit au versement de telles indemnités suppose en outre, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3c) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux

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

6. Le droit aux prestations suppose notamment un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question 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 les assurances sociales. 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 non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé (ATF non publié 8C_463/2009 du 23 novembre 2009, consid. 3).

7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; ATF non publié 8C_628/2007 du 22 octobre 2008, consid. 5.1), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents

eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF non publié 8C_336/2008 du 5 décembre 2008, consid. 3.1).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb; ATF non publié 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF non publié 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques, tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF non publié 8C_541/2007 du 1^{er} juillet 2008, consid. 4.2 et les références).

La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et enfin les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut en règle générale être d'emblée nié, tandis qu'il doit en principe être admis en cas d'accident grave. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (ATF non publié 8C_510/2008 du 24 avril 2009, consid. 5.2; ATFA non publié U 369/01 du 4 mars 2002, consid. 2c). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères suivants, dont la liste est exhaustive (ATF 134 V 109 consid. 10.2 ; ATF non publié 8C_311/2009 du 26 octobre 2009, consid. 4.1) :

- 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 aux complications importantes;
- 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 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références, ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

8. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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. Étant 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 ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

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).

D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références).

9. En préambule, s'agissant de l'incapacité de travail, la Cour de céans relève que l'incapacité de travail totale puis partielle dès l'accident jusqu'au 30 juin 2010 n'est pas contestée par l'intimée et a d'ailleurs été indemnisée par cette dernière. Or, les rapports médicaux auxquels se réfère la recourante pour affirmer que son incapacité de travail est reconnue par tous les médecins consultés sont très largement antérieurs à la date à laquelle l'intimée a mis un terme au versement d'indemnités journalières. Le rapport de la Dresse L_____ préconisant la poursuite de l'arrêt de travail date en effet de mai 2009, celui du Dr B_____ du 15 septembre 2009 et celui du Dr I_____ du 10 novembre 2009. Quant au rapport du Dr C_____, qui a certes exclu une reprise du travail avant

l'amélioration des maux de tête et des vertiges, il a été établi en février 2009, soit moins de deux mois après l'accident. Or, il y a eu depuis une diminution des maux de tête, comme cela ressort du rapport du Dr B_____ du 10 juin 2009 et ce même médecin ne fait plus état de vertiges dans son courrier du 4 novembre 2010 répertoriant tous les symptômes de la recourante. Quant aux rapports du Dr I_____ et de la Dresse L_____ établis respectivement le 4 août et le 21 septembre 2010, ils ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante. Les Drs M_____ et N_____ n'ont pas non plus pris de conclusion sur la capacité de travail. Ainsi, il n'existe aucun rapport des médecins traitants de la recourante postérieur au 30 juin 2010 et concluant de manière motivée à une incapacité de travail de celle-ci. Sur ce point, les avis médicaux au dossier ne sont dès lors pas en contradiction.

En ce qui concerne les céphalées alléguées par la recourante, il convient de souligner qu'aucun des médecins consultés et aucun des examens pratiqués n'a permis de mettre en évidence de lésion à la suite de l'accident du 30 décembre 2008. Seul le Dr I_____, dans son avis du 4 août 2010, a émis l'avis que des microtraumatismes pourraient expliquer les douleurs de la recourante. Cet avis n'est cependant étayé ni par des références médicales ni par des résultats d'examens et ce neurologue n'a proposé aucune mesure d'investigation qui permettrait d'accréditer cette thèse. Partant, il ne s'agit que d'une simple hypothèse qui n'est pas démontrée au degré de la vraisemblance prépondérante. Le mandataire de la recourante a du reste lui-même indiqué qu'il n'y avait pas de lésion objectivable lors de l'audience. De plus, tant le Dr D_____ lors du séjour de la recourante à la CRR que le médecin d'arrondissement de la SUVA lors de son appréciation du 6 mai 2010 et la Dresse L_____ dans son courrier du 14 février 2011 ont évoqué une possible origine tensionnelle des céphalées, ce qui semble exclure une étiologie traumatique.

En l'absence de toute lésion entraînée par l'accident subi le 30 décembre 2008, il convient de recourir à la méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquat développée par la jurisprudence en matière de traumatismes cranio-cérébraux. On retiendra en premier lieu que l'accident était une chute banale et appartient objectivement à la catégorie des accidents de peu de gravité. S'agissant des critères dégagés par le Tribunal fédéral et rappelés ci-dessus, ils ne sont à l'évidence pas tous remplis. On peut d'emblée nier qu'une chute dans une patinoire telle que celle de la recourante se déroule en des circonstances dramatiques et qu'elle ait un caractère impressionnant. Cet événement n'a par ailleurs pas entraîné de lésion particulière. On ne saurait non plus qualifier le traitement de particulièrement lourd et pénible, attendu que les soins ont essentiellement consisté en du repos et un traitement antalgique. Il n'y a eu aucune erreur dans le traitement médical entraînant d'aggravation de l'état de santé de la recourante, ni de complications importantes. En définitive, seuls les critères de l'intensité des douleurs et de l'importance de l'incapacité de travail pourraient être admis en l'espèce, sans qu'il soit nécessaire de déterminer s'ils présentent une intensité

particulière. En effet, en cas d'accidents insignifiants, seuls deux critères remplis ne suffisent pas à admettre que les troubles sont en lien de causalité avec l'accident subi.

C'est ainsi à juste titre que l'intimée a mis un terme aux prestations versées à la recourante. Les griefs de la recourante ne permettent pas de parvenir à une autre appréciation. Il n'est en particulier pas besoin d'examiner le bien-fondé de ses allégations sur les traumatismes crano-cérébraux et la nature et la durée des céphalées qui peuvent s'ensuivre. Il est également inutile de déterminer s'il convient de se rallier à l'appréciation du Dr S_____ et à ses considérations sur l'existence d'un traumatisme crano-cérébral et la survenance d'une perte de connaissance à la suite de la chute. En effet, les céphalées de la recourante ne sont pas contestées. Cependant, en l'absence de tout substrat organique ou de lésion imputable à l'accident et de la majorité des critères jurisprudentiels fondant un lien de causalité adéquat entre la chute du 30 décembre 2008 et les atteintes de la recourante au-delà du 30 juin 2010, les troubles de la recourante ne peuvent être pris en charge par l'intimée. En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Il convient encore de préciser que le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes se sont manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident mais revient à raisonner selon le principe *post hoc, ergo propter hoc* (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; ATF non publié 8C_178/2010 du 22 juin 2010, consid. 4.1). Enfin, le seul fait que la Dresse O_____ ait écarté une pathologie psychiatrique et que les tests neuropsychologiques se soient révélés bons n'implique pas que les troubles actuels sont en lien de causalité avec l'accident puisque d'autres causes peuvent être à leur origine.

La recourante requiert l'audition des Drs I_____, C_____ et L_____. La garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a). Ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2^{ème} éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). En application de ce principe, la Cour de céans renoncera à l'audition de ces témoins. En effet, dans la mesure où ces spécialistes ne font pas état dans

leurs rapports de lésions objectivables qui pourraient conduire à une appréciation différente du cas d'espèce, il n'est pas nécessaire de recueillir leurs témoignages. Tel est également le cas de la sœur de la recourante, puisque le point de savoir si celle-ci a subi une perte de connaissance consécutive à sa chute n'est pas déterminant en l'espèce.

Par surabondance, la Cour de céans relève que contrairement à ce qu'affirme la recourante, son état de santé paraît stabilisé. En effet, ses atteintes semblent n'avoir guère évolué depuis le 30 juin 2010 et aucun traitement médical particulier permettant d'espérer une rémission de ses maux de tête n'est prévu. Le Dr I_____ a certes indiqué dans son rapport du 17 août 2010 que l'état n'était pas stabilisé, dès lors que toutes les alternatives thérapeutiques n'avaient pas été mises en œuvre et qu'une amélioration liée à l'écoulement du temps pouvait survenir. Les Drs L_____, M_____ et N_____ ont également préconisé des modifications du traitement médicamenteux. Cependant, à la lumière de la jurisprudence citée plus haut, la seule éventualité qu'un changement dans la médication amène des résultats positifs ne suffit pas à considérer que le traitement médical puisse amener une amélioration sensible. En l'espèce, le succès qu'on pourrait escompter d'un nouveau traitement médical paraît d'autant plus incertain que le Dr I_____ ne précise pas quelles mesures thérapeutiques doivent être envisagées. On doit dès lors admettre que l'état de santé de la recourante était stabilisé au 30 juin 2010. En vertu des dispositions légales, elle n'a dès lors plus droit aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical dès cette date.

Partant, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations au 30 juin 2010.

10. Eu égard à ce qui précède, le recours est rejeté.

La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens.

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

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

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

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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