

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4654/2017

ATAS/335/2018

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 16 avril 2018

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à Cointrin, comparant avec élection
de domicile en l'étude de Maître Marie-Josée COSTA

recourante

contre

BÂLOISE ASSURANCES SA, sise Aeschengraben 21, Bâle,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Christian
GROSJEAN

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Jean-Pierre WAVRE,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1987, a travaillé en qualité de vendeuse dans une sandwicherie dès le 1^{er} février 2007. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la BÂLOISE ASSURANCES SA (ci-après l'assurance ou l'intimée).
2. Le 8 mars 2013, l'assurée a subi un accident. Alors qu'elle roulait à scooter, elle a glissé sur les voies du tram et a percuté des voitures garées sur le côté. Elle a été conduite en ambulance aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG).
3. Un scanner thoraco-abdominal réalisé le 8 mars 2013 a révélé une fracture complexe de l'acétabulum gauche avec atteinte du toit et du fond du cotyle et des murs antérieur et postérieur, ainsi que des contusions pulmonaires au niveau des apex et dans les segments apicaux des lobes inférieurs. Un scanner cérébro-cervical daté du même jour a mis en évidence une fracture pariéto-occipitale gauche non déplacée avec bifurcation du trait de fracture en Y à la base du crâne, et une probable fracture non déplacée sur le versant médial du canal condyloïde de l'os occipital droit. Il n'y avait pas d'hémorragie.
4. Un scanner cérébral du 12 mars 2013 n'a pas révélé de lésion hémorragique ni de thrombose veineuse sinusienne. Il existait un petit décollement du sinus transverse gauche remontant jusqu'à la partie postérieure du sinus sagittal en rapport avec le status post traumatique. L'apparition d'une fine collection liquidienne sous-durale fronto-basale droite était relevée.
5. Le 14 mars 2013, l'assurée a subi une ostéosynthèse de la cheville gauche.
6. Dans la lettre de sortie du 26 mars 2013, les médecins du Service de chirurgie des HUG ont diagnostiqué une fracture Weber A de la cheville gauche, une fracture complexe du cotyle gauche avec atteinte du toit et des deux murs, et une fracture pariéto-occipitale gauche non déplacée. Un probable conflit fémoro-acétabulaire bilatéral était noté dans les comorbidités inactives. La fracture d'acétabulum avait fait l'objet d'un traitement conservateur, motivé par un déplacement unique et des douleurs préexistantes. A 72 heures du traumatisme, l'assurée s'était plainte de céphalées occipitales continues. Un phlébo-scanner cérébral s'était révélé négatif pour une thrombose ou un saignement intracrânien. Les neurologues avaient conclu à un surdosage d'opiacés. Les douleurs avaient régressé progressivement dans les jours suivants. L'incapacité de travail était totale depuis le 8 mars 2013 et devrait être réévaluée trois mois plus tard.
7. Dans son rapport du 17 avril 2013, le docteur B_____, médecin au Service de réadaptation des HUG, a diagnostiqué un polytraumatisme avec une fracture de la cheville gauche, une fracture complexe de l'acétabulum gauche et une fracture pariéto-occipitale gauche. La récupération serait probablement bonne.
8. L'assurée a séjourné au Service de réadaptation des HUG du 19 mars au 3 mai 2013. Dans la lettre de sortie du 15 mai 2013, les médecins ont diagnostiqué un

polytraumatisme à la suite de l'accident avec une fracture Weber A de la cheville gauche, une fracture complexe de l'acétabulum gauche avec atteinte du toit et des deux murs, une fracture pariéto-occipitale gauche non déplacée et une fracture non déplacée sur le versant médial du canal condyloïde de l'os occipital droit, traitées conservativement, des contusions pulmonaires, et un traumatisme cranio-cérébral (TCC) sans saignement intracrânien, avec agueusie et anosmie post-traumatiques mais sans lésion cérébrale mise en évidence au scanner. Durant le séjour, l'assurée avait suivi un programme de physiothérapie. A sa sortie, elle marchait de manière autonome avec des cannes sur environ 300 mètres. La capacité de travail était nulle.

9. Le 31 mai 2013, le docteur C_____, médecin au Service de réadaptation des HUG, a prié Madame D_____, neuropsychologue, de prendre en charge l'assurée en raison de ses troubles de la concentration et de ses angoisses à la suite du TCC.
10. Dans son rapport du 6 juin 2013, le Dr B_____ a diagnostiqué une fracture Weber A de la cheville gauche, une fracture du bassin et une fracture du crâne. L'évolution était progressive. L'assurée marchait avec une canne et elle signalait des troubles de la concentration. L'incapacité de travail totale perdurait mais elle devrait probablement s'améliorer entièrement à terme. Un dommage sous forme de douleurs et de limitations de la mobilité de la hanche était possible.
11. Une radiographie de la cheville du 14 mai 2013 a révélé une tuméfaction des parties molles.
12. Le 2 juillet 2013, l'assurée a eu un entretien avec l'assurance. Elle a évoqué ses troubles, notamment des maux de tête, des troubles de la concentration et de la mémoire. Elle ne supportait plus le bruit, ni la foule. Elle avait mal au dos depuis un accident de 2003. Ces douleurs avaient été exacerbées par l'accident.
13. Une nouvelle radiographie de la cheville du 19 juillet 2013 a mis en évidence un status post ostéosynthèse et une régression de la tuméfaction des parties molles.
14. Le 2 septembre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (OAI).
15. Selon l'IRM de la cheville gauche du 13 septembre 2013, il n'existait pas d'évidence de lésion ostéochondrale au niveau du dôme astragalien. Un status après ostéosynthèse de la malléole externe était relevé.
16. L'IRM du genou gauche du 19 septembre 2013 n'a pas décelé d'anomalie notable. Il n'y avait pas de déchirure méniscale.
17. Selon le rapport de l'employeur adressé à l'OAI le 17 septembre 2013, l'assurée réalisait un revenu de CHF 46'080.- par année, correspondant à 44 heures hebdomadaires. Les décomptes de salaire joints mentionnaient un revenu mensuel de base de CHF 3'450.- en 2010 et de CHF 3'550.- en 2011, 2012 et 2013.
18. Dans son rapport du 23 septembre 2013, le docteur E_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie (ORL), a diagnostiqué une hyposmie et une parosmie post-

traumatiques, une rhinite chronique et une hypoacousie de transmission prédominant à gauche. L'hyposmie avec parosmie s'expliquait par effet du contrecoup occipital sur un déchirement du nerf olfactif ou par contusion cérébrale. Une lésion post-traumatique des nerfs crâniens 7, 9 et 10 pour la gustation serait possible mais moins probable. Le pronostic de ces affections était mauvais, surtout si l'étiologie était cérébrale ou neuro-sensorielle. L'otoscopie était normale et l'acoumétrie perturbée.

19. Dès le 1^{er} octobre 2013, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a attesté d'une incapacité de travail complète, qu'elle a régulièrement prolongée par la suite.
20. La radiographie de la colonne cervicale du 13 novembre 2013 s'est révélée normale.
21. Une radiographie de la hanche du 27 novembre 2013 a mis en évidence une notion anamnestique d'ancienne fracture du toit du cotyle, actuellement intact. Il existait un remaniement osseux du fond du cotyle avec possible *coxa profunda* et signe indirect d'un conflit fémoro-acétabulaire.
22. Dans son rapport du 12 décembre 2013, la Dresse F_____ a diagnostiqué un polytraumatisme. L'assurée restait notablement invalidée par les douleurs de la hanche gauche, et dans une moindre mesure de la cheville gauche. Il existait en outre des séquelles neuropsychologiques. Il y avait des signes de conflit fémoro-acétabulaire associés à des tendinopathies des pelvi-trochantériens, une restriction douloureuse de la mobilité sous-astragaliennne, ainsi qu'une lombalgie basse mécanique. Le pronostic était favorable sur le plan moteur mais devait être réévalué s'agissant de la problématique coxo-fémorale, qui engendrerait vraisemblablement une limitation des déplacements et de la position statique debout. L'incapacité de travail était totale. Les limitations étaient l'incapacité à maintenir la position debout prolongée, les déplacements répétés et la problématique neuropsychologique organisationnelle. Une activité en position assise ne comportant que des tâches simples pourrait être envisagée dans un délai de trois mois mais devrait être précédée d'une évaluation neuropsychologique.
23. L'assurée a subi un scanner cérébral le 16 décembre 2013. Les données tomodensitométriques étaient sans argument en faveur d'une lésion hémorragique post-traumatique et sans signes d'hypotension du liquide céphalo-rachidien. Il existait une séquelle de fracture pariéto-occipitale parasagittale gauche.
24. Dans son rapport du 2 janvier 2014 à l'OAI, la doctoresse G_____, médecin au Service de réadaptation des HUG, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de fracture Weber A de la cheville gauche, de fracture complexe de l'acétabulum gauche, de fracture pariéto-occipitale gauche et du canal condyloire, de TCC sans saignement intracrânien, d'agueusie et anosmie post-traumatiques et de troubles attentionnels modérés. L'assurée présentait également des contusions pulmonaires, sans incidence sur sa capacité de travail.

25. Le 21 janvier 2014, le Dr H_____, médecin au Service ORL des HUG, a noté que l'assurée présentait à la suite du traumatisme crânien une diminution sévère des fonctions olfactives, associée à des fantasmies. La perception de l'acide, de l'amer, du sucré et du salé était normale. Les résultats montraient un seuil conservé mais les tâches plus cognitives étaient absentes. Cela s'intégrait bien dans le reste des symptômes, suggérant fortement un syndrome post-commotionnel. Les céphalées s'intégraient probablement dans ce contexte et devraient être prises en charge par un neurologue.
26. Une IRM de la base du crâne réalisée le 24 janvier 2014 a révélé une atrophie du bulbe olfactif droit et une taille à la limite inférieure de la norme du bulbe olfactif gauche.
27. Dans un rapport du 24 janvier 2014, Mme D_____ a relaté les résultats du bilan réalisé les 10 et 17 janvier 2014. L'assurée se plaignait d'un manque de concentration, d'une fatigue et d'importants maux de tête, d'une perte de goût et de l'odorat, et d'une hypersudation des aisselles. Elle rapportait également des douleurs à la cheville. Elle constatait des difficultés à s'organiser et une humeur fluctuante. L'évaluation neuropsychologique mettait en évidence des troubles modérés à sévères de l'attention (niveau d'alerte, attention sélective, attention divisée) et de la vitesse de traitement. Des troubles légers à modérés au niveau exécutif (planification, auto activation et défaut d'inhibition) et de la mémoire de travail (empan verbal) s'y associaient. Un ralentissement psychomoteur ainsi qu'une apathie étaient relevés. Les échelles comportementales mettaient en évidence une humeur anxio-dépressive et une fatigue importantes, et des modifications du comportement socio-émotionnel. Des difficultés de langage et de calcul étaient probablement à mettre en lien avec le niveau d'acquisition scolaire et du français. Le bilan réalisé en avril 2013 était incomplet. Toutefois, la comparaison révélait globalement une aggravation du tableau cognitif sur les plans attentionnel et exécutif. Une réévaluation devrait se faire une fois les aspects thymiques régulés. Une prise en charge psychothérapeutique était urgente.
28. Le 28 janvier 2014, l'employeur de l'assurée a indiqué à l'assurance que son salaire brut annuel serait de CHF 47'040.- en 2014.
29. Dans un formulaire du 21 janvier 2014, le docteur I_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, a pronostiqué un degré d'invalidité de 30 % et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 % au minimum, bien que le status ne soit pas connu au plan locomoteur.
30. Le 11 février 2014, la Dresse F_____ a indiqué à l'assurance que l'incapacité de travail de l'assurée restait complète. Des dommages permanents de l'appareil locomoteur et d'ordre neuropsychologique étaient à craindre.
31. Le 16 mai 2014, le Dr E_____ a posé les diagnostics d'hyposmie post-traumatique et de polytraumatisme. Le pronostic était mauvais.

-
32. Dans un rapport du 24 mai 2014, le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a posé le diagnostic de dépression moyenne. L'assurée décrivait une tristesse et des angoisses dès qu'elle était confrontée à des gens, un trouble de la concentration et de la mémoire, un trouble du sommeil, une fatigue, un épuisement et une irritabilité.
 33. Des radiographies du 26 juin 2014 ont révélé une fracture du bord interne du cotyle gauche en voie de consolidation sans signe de retentissement sur l'articulation coxo-fémorale, ainsi que deux broches métalliques en place en regard de l'extrémité distale du péroné gauche, associées à une réaction sclérosante cicatricielle sur la malléole externe.
 34. Dans un rapport du 7 août 2014, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en neurologie, a diagnostiqué un polytraumatisme et un TCC avec fracture pariéto-occipitale gauche et anosmie, et une dépression d'anxiété réactionnelle, avec effets sur la capacité de travail. L'hyposmie devrait probablement s'améliorer. Des troubles cognitifs probablement d'origine mixte (post-traumatiques et en lien avec les troubles thymiques) étaient susceptibles de s'améliorer en partie avec la prise en charge.
 35. L'assurance a mandaté les docteurs L_____, spécialiste FMH en neurologie, M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, N_____, spécialiste FMH en ORL et O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, pour qu'ils procèdent à l'expertise de l'assurée. Cette mesure a été complétée par un examen réalisé par Monsieur P_____, neuropsychologue.

Dans leur rapport du 23 septembre 2014, les experts ont résumé le dossier de l'assurée et relaté ses plaintes. Dans ce cadre, ils ont évoqué outre l'accident de mars 2013 un *whiplash* subi la même année.

Les experts ont détaillé leurs observations cliniques. Le neuropsychologue a notamment relaté des déficits moyens dans les tâches exécutives, et sévères à très sévères dans les tâches attentionnelles et mnésiques. Les troubles mis en évidence étaient sévères, en aggravation par rapport à ceux observés à la sortie de l'hôpital un an plus tôt et par rapport à janvier 2014. Depuis lors, l'assurée était prise en charge au plan psychiatrique et elle était sous antidépresseurs. Les déficits observés étaient certes compatibles avec une éventuelle atteinte cérébrale antérieure. Toutefois, l'IRM ne mettait pas en évidence d'importantes lésions frontales et de ce point de vue, les troubles étaient en disproportion par rapport aux données de l'imagerie. L'évolution des troubles, le test validé de défaut d'effort et divers signes cliniques étaient compatibles avec une surcharge due à des facteurs non neuropsychologiques. Il n'était donc actuellement pas possible de se prononcer sur l'intensité réelle d'éventuelles séquelles cognitives de l'accident de 2013. L'examen mettait surtout en évidence une symptomatologie intensifiée par le trouble de l'humeur. Un examen neuropsychologique de contrôle devrait être répété lorsqu'une amélioration significative de l'humeur aurait été obtenue.

Au plan psychique, un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques était diagnostiqué. Un syndrome somatique était retrouvé. Les limitations n'étaient pas totales, mais importantes. Les troubles psychiques étaient apparus environ deux mois après l'accident, en mai 2013. Ils entraînaient une incapacité de travail totale. Un épisode dépressif sévère nécessitait un délai de six à neuf mois de traitement pour entrer en rémission. Le *statu quo ante* devrait être atteint dans ce délai. Le pronostic était favorable. Il existait une composante organique aux troubles de l'assurée, car un syndrome post-commotionnel était retenu. Les troubles étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident, car l'atteinte physique et mentale ne se serait pas développée sans cet événement. La causalité était partielle dans le développement du trouble psychique, car il existait d'autres facteurs extérieurs à l'accident participant au développement de ce trouble.

Les diagnostics retenus par les experts étaient ceux de status après TCC avec fracture pariéto-occipitale, de syndrome post-commotionnel persistant aggravé par les éléments psychiques, d'hyposmie post-traumatique, de fracture de l'acétabulum gauche et de fracture de la cheville gauche. Ces diagnostics étaient en relation de causalité certaine avec l'accident de 2013. Il n'était pour l'heure pas possible de donner un diagnostic neuropsychologique, d'une part en raison du défaut d'effort constaté lors de l'examen, d'autre part en raison des troubles psychiques qui pouvaient influencer de manière significative les performances cognitives. Il n'existait pas de maladies, d'états maladiques antérieurs ou de facteurs étrangers influençant l'état de santé.

36. Le 29 septembre 2014, le Dr H_____ a indiqué que la situation était restée stable au plan olfactif. Les douleurs apparues au niveau de l'oreille pouvaient être en lien avec l'articulation temporo-mandibulaire.
37. Le 27 novembre 2014, la Dresse F_____ a qualifié l'état de l'assurée de stationnaire. Les troubles neuropsychologiques persistaient. Au plan locomoteur, une tendinopathie du moyen fessier et une limitation fonctionnelle douloureuse de la cheville gauche invalidaient l'assurée dans ses déplacements. L'incapacité de travail persistait.
38. Le 26 janvier 2015, l'employeur a informé l'assurance que le salaire de l'assurée serait de CHF 47'520.- en 2015.
39. Une radiographie du bassin et de la hanche gauche du 3 mars 2015 a permis de conclure à l'absence de coxarthrose et à une protrusion acétabulaire débutante.
40. Dans son rapport du 24 avril 2015, la Dresse F_____ a posé les diagnostics de polytraumatisme avec TCC ; de fracture pariéto-occipitale gauche et du canal condyloaire et occipital droit ; de contusion pulmonaire ; de fracture acétabulaire gauche ; de fracture de la cheville gauche ; de troubles neuropsychologiques et d'état dépressif sévère. Il était impératif de poursuivre les traitements de physiothérapie, neuropsychologie et psychologie. La situation n'était pas stabilisée. Au plan moteur, l'évolution était médiocre avec la persistance d'une limitation

fonctionnelle douloureuse de la hanche, et dans une moindre mesure de la cheville. Le pronostic était défavorable au vu de l'association des importants troubles neuropsychologiques et de l'atteinte articulaire. Aucune reprise professionnelle ne pouvait être envisagée, même dans une activité adaptée.

41. Selon une note du 3 mai 2015 de la *case manager* mandatée par l'assurance, l'assurée a subi un nouvel accident le 3 novembre 2013. Elle était passagère d'un véhicule qui avait été percuté par une autre voiture. Elle s'était tapé la tête contre le pare-brise et souffrait depuis de douleurs au bassin.
42. Dans un avis du 1^{er} mai 2015, le docteur Q_____, médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité, a qualifié l'expertise mise en œuvre par l'assurance de claire et convaincante. Il n'y avait pas lieu de s'écarter de ses conclusions.
43. Dans un rapport du 5 mai 2015, le Dr J_____ a diagnostiqué une dépression sévère. Il y avait peu d'évolution. L'assurée présentait une humeur dépressive, des troubles de la concentration et du sommeil. Elle se plaignait des séquelles physiques de l'accident. Un changement d'antidépresseur était prévu. Le pronostic était réservé. La tolérance à l'effort et la présence exigible dans l'entreprise étaient nulles. Il fallait s'attendre à des séquelles sur le plan somatique.
44. Dans son rapport du 24 juin 2015, Mme D_____ a relevé que la thymie de l'assurée était toujours basse, bien qu'en amélioration. Cette dernière se plaignait principalement d'une importante fatigue et de maux de tête provoquant des bruits dans les oreilles, ainsi que d'oublis et de difficultés de concentration. L'organisation était difficile. En accord avec son psychiatre, elle avait arrêté son traitement antidépresseur. Son état somatique et thymique était peu stable. Le pronostic était peu favorable, l'assurée ne parvenant pas à accepter son accident et son état, ce qui favorisait l'intensification des plaintes. La prise en charge neuropsychologique devait se poursuivre.
45. Selon une décision dont la date ne ressort pas du dossier mais issue en 2015, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente correspondant à un degré d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} mars 2014.
46. Par décision du 8 décembre 2015, l'assurance a adapté le montant de l'indemnité journalière dès le 1^{er} novembre 2015 en raison d'une surindemnisation liée au versement de la rente d'invalidité dès le 1^{er} mars 2014.
47. Selon le décompte de salaire de janvier 2016, l'assurée a perçu un salaire brut de CHF 4'000.-.
48. A la demande de l'assurance du 29 octobre 2015, les Drs M_____, N_____, L_____ et O_____ et M. P_____ ont une nouvelle fois procédé à l'expertise de l'assurée.

Leur rapport du 13 mai 2016 a rappelé le contenu du dossier médical de l'assurée et détaillé ses plaintes.

Les status cliniques ont notamment révélé du point de vue neuropsychologique des troubles cognitifs de même nature qu'à l'évaluation de septembre 2014, mais avec un ralentissement moindre et des troubles de la mémoire moins invasifs. Il restait des particularités. Les troubles observés constituaient un ensemble cohérent avec des lésions frontales, que l'imagerie cérébrale ne mettait cependant pas en évidence. De surcroît, il y avait un doute quant à l'investissement des tâches. Par ailleurs, une mesure isolée de l'efficacité intellectuelle, qui n'avait pas été évaluée un an plus tôt, donnait un score déficitaire, ce qui posait la question du niveau antérieur de l'assurée et de son effet éventuel sur certaines autres performances cognitives, notamment exécutives. Toutefois, jusqu'à l'accident de 2013, l'assurée avait travaillé à la satisfaction de son employeur, même si son niveau d'efficacité intellectuelle était éventuellement déjà faible à l'époque. En apparence, et selon les critères de détermination du degré de gravité des troubles neuropsychologiques de l'Association suisse des neuropsychologues, les troubles pouvaient être caractérisés comme moyens. Ils déterminaient en théorie une incapacité de travail de 50 à 70 %. Le lien entre ces troubles et l'accident de 2013 apparaissait cependant peu probant eu égard à l'absence de lésions cérébrales frontales, aux signes de surcharge dans l'examen, et au niveau antérieur probablement faible. De ce fait, l'examen neuropsychologique ne permettait pas de se prononcer quant à une atteinte cognitive significative consécutive à l'accident de 2013, et on ne pouvait donc retenir une restriction de la capacité de travail. Sur le plan psychique, l'évolution était clairement favorable après environ un an de traitement antidépresseur à une posologie suffisante. En effet, l'anamnèse spontanée ne permettait plus de retenir les critères d'un épisode dépressif majeur. L'humeur était actuellement stable, il n'y avait plus de perturbation des intérêts et des plaisirs. Ainsi, on pouvait retenir une rémission du trouble dès septembre 2015. Plus de deux ans et demi après l'accident de mars 2013, et en l'absence de diagnostic de trouble dépressif, les plaintes se résumaient donc à des difficultés à mener à terme des activités dirigées vers un but, une apathie, une irritabilité et une baisse de la libido avec une hyposexualité. Ces symptômes pourraient être compatibles avec un trouble organique de la personnalité, diagnostic dans lequel on incluait en général le syndrome frontal. Cependant, on ne retrouvait aucune difficulté à contrôler les affects ou les pulsions. Au status, il n'y avait pas d'apathie. L'irritabilité était décrite dans le syndrome post-commotionnel, elle n'était cependant pas objectivée cliniquement durant l'évaluation psychique de l'assurée. Sur le plan purement psychique, il n'y avait donc aucune limitation. Compte tenu de ces éléments, la capacité de travail psychique était entière sans diminution du rendement dès septembre 2015.

En conclusion, la capacité de travail dans une activité adaptée était complète sans diminution de rendement. Les limitations étaient les suivantes : alternance des positions assise et debout, pas de port de charges, pas d'activité nécessitant une bonne olfaction. Il n'y avait pas de limitation neurologique, neuropsychologique et psychiatrique. Les seuls troubles encore en relation de causalité avec l'accident

étaient orthopédiques et ORL (hyposmie). L'activité de vendeuse ne pouvait plus être exercée.

Les diagnostics étaient ceux de status post-TCC avec syndrome post-commotionnel ; de fracture de l'acétabulum gauche ; de fracture de la cheville gauche et d'hyposmie post-traumatique. Ces diagnostics étaient en lien de causalité probable avec l'accident. Il n'y avait pas d'état antérieur, ni de facteurs étrangers. Les experts ont retenu à titre d'activité adaptée une activité d'employée de commerce. La poursuite de la physiothérapie, dans un but d'enseignement pour que l'assurée puisse à terme pratiquer l'auto-physiothérapie de renforcement musculaire et de stretching adaptée à la situation de sa hanche gauche, permettrait d'améliorer l'état de santé. Quelques séances une à deux fois par année restaient nécessaires, ainsi que des massages et des étirements spécifiques. Les mesures orthopédiques étaient sans influence sur la capacité de travail future. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, l'expert orthopédiste l'a fixée à 20 % en référence à la table 5.2 d'indemnisation de la SUVA, ce qui correspondait à une coxarthrose moyenne. L'aggravation était possible, mais non prédictible à ce jour. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité relevant de la sphère ORL, car le déficit olfactif n'était que partiel. Il n'y avait pas non plus d'atteinte à l'intégrité neurologique, neuropsychologique et psychique.

49. Le 16 août 2016, la doctoresse S_____, spécialiste des douleurs, a indiqué à la Dresse F_____ qu'elle avait reçu l'assurée pour la prise en charge de ses céphalées chroniques. Sous réserve de la normalité d'une imagerie cérébrale, ces céphalées s'inscrivaient dans la suite de son traumatisme crânien avec un possible syndrome de stress post-traumatique. La Dresse S_____ a proposé plusieurs traitements.
50. Dans un courrier du 26 août 2016 à l'assurance, Mme D_____ s'est déterminée sur l'expertise. Elle s'est étonnée que la fatigue, symptôme persistant après un TCC, n'ait pas été prise en compte dans les conclusions en tant que facteur de diminution du rendement ou de la capacité de travail. Elle s'étonnait également que ni les troubles neuropsychologiques encore présents ni les maux de tête n'aient été pris en compte alors qu'un diagnostic de TCC était admis. S'agissant de l'emploi adapté suggéré, l'assurée n'avait aucun diplôme et sa maîtrise du français était mauvaise lorsque le sujet abordé était complexe.
51. Invitée par l'assurance à se déterminer sur l'expertise, la Dresse F_____ a soutenu dans son courrier du 30 août 2016 que la fatigabilité et les céphalées n'avaient pas fait l'objet d'observations détaillées dans l'expertise. La Dresse S_____ confirmait toutefois le lien entre les céphalées et l'accident. La Dresse F_____ s'est dite consternée quant à l'orientation professionnelle proposée. Compte tenu du niveau de scolarité et des séquelles du TCC, ce choix semblait inadéquat. Elle préconisait une réévaluation, notamment s'agissant du type d'activité professionnelle et du taux d'activité.

52. Invités à se prononcer sur les observations de leurs confrères, les experts ont relevé dans leur courrier du 17 novembre 2016 qu'en ce qui concernait le syndrome post-commotionnel persistant trois ans après l'accident, il fallait tenir compte de la jurisprudence, selon laquelle les symptômes qui en découlaient ne pouvaient être la cause d'une incapacité de travail sans cause organique objective. En l'espèce, le TCC n'avait pas entraîné d'atteinte significative susceptible d'expliquer la persistance des troubles de l'assurée. La proposition d'une activité adaptée en tant qu'employée de commerce était effectivement malheureuse, mais traduisait uniquement le fait que l'assurée devait trouver une activité en position assise, relativement répétitive, sans engagement intellectuel majeur ni stress important. Il fallait remplacer l'activité d'employée de commerce par une activité d'aide de bureau ne nécessitant pas d'apprentissage ni de formation professionnelle. Les experts étaient d'avis que l'exercice d'une activité serait favorable à l'assurée. Ils ont admis que les remarques de Mme D_____ étaient en partie fondées, mais qu'il était difficile de faire la part entre l'incidence du TCC et celle du faible niveau antérieur, qui n'avait pas empêché l'assurée de travailler dans l'économie normale. En outre, cette dernière se plaignait certes de fatigabilité mais aucun effet n'en était observé lors des tests, puisqu'il n'y avait pas de dégradation objectivable des performances ni de fléchissement de la collaboration. Les troubles observés n'étaient pas expliqués par des lésions cérébrales. Dans la mesure où l'expert psychiatre n'avait pas retenu de diagnostic psychiatrique invalidant, on ne pouvait que conclure à des facteurs autres, de nature comportementale. Dans une activité de même niveau d'exigence cognitive que celle de vendeuse dans une sandwicherie, on ne pouvait retenir une altération de la capacité de travail pour des raisons neuropsychologiques.
53. Le 3 mai 2017, l'assurée a accouché de son premier enfant.
54. Par décision du 7 juillet 2017, l'assurance a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles neuropsychologiques et l'événement du 8 mars 2013, nié le droit à une rente d'invalidité, mis un terme à la prise en charge du traitement médical au 31 mai 2017 et octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, soit CHF 19'200.-. Elle a repris les conclusions des experts, aux termes desquelles l'assurée était incapable de travailler en tant que vendeuse mais disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Pour calculer le degré d'invalidité, l'assurance a établi le gain après invalidité en se référant aux salaires tirés de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) 2014, niveau 1, soit CHF 4'300.- par mois et CHF 49'389.- par an, après indexation et adaptation à la durée normale de travail en 2017 et abattement de 10 %. Ce revenu étant supérieur au salaire avant l'accident, il n'y avait pas d'invalidité. L'assurance renonçait à exiger la restitution des indemnités journalières versées du 3 au 31 mai 2017, indues dès lors que l'assurée percevait durant cette période une allocation de maternité. Elle se réservait cependant le droit de revoir ce point en cas de procédure.

55. Le 12 juillet 2017, l'assurée, par sa mandataire, a invité l'assurance à lui remettre l'intégralité de son dossier.

Le 27 juillet 2017, elle a réitéré cette demande, à laquelle l'assurance a déferé le 4 août suivant.

56. L'assurée, par sa mandataire, s'est opposée à la décision de l'assurance le 5 septembre 2017. Elle a fait valoir une violation de son droit d'être entendue, l'assurance ne lui ayant pas transmis l'intégralité du dossier médical et des pièces administratives. Elle a en outre contesté la valeur probante du rapport d'expertise du 13 mai 2016, faisant notamment valoir que l'anamnèse était incomplète puisqu'il n'y avait pas de mention du scanner du 8 mars 2013 et que les conséquences du second accident n'y étaient pas discutées. Elle a affirmé que l'expertise contenait plusieurs contradictions, qu'elle a détaillées. En outre, les experts qualifiaient désormais le lien de causalité de probable alors qu'ils le considéraient certain dans leur premier rapport, ce qui constituait un non-sens. La disparition soudaine des troubles psychiques en 2015 n'était nullement étayée. Du point de vue neuropsychologique, les conclusions de l'expert n'étaient pas logiques. L'assurée continuait à voir Mme D_____, ce qui démontrait la gravité de ses troubles. Elle s'est en outre référée à un rapport de la Dresse F_____, qu'elle a produit et qui retenait une capacité de gain nulle. Du reste, l'OAI avait admis un degré d'invalidité total, et la notion d'invalidité était en principe identique dans l'assurance-accidents et dans l'assurance-invalidité. L'assurance ne pouvait s'écarter de l'appréciation de l'OAI. En outre, le revenu sans invalidité était erroné, puisque l'employeur avait annoncé un revenu de CHF 47'520.- en 2015. La référence au niveau 1 de l'ESS n'était pas adaptée, car ce type d'activité incluait inévitablement des postes contre-indiqués. Une réduction statistique de 10 % était clairement insuffisante. Enfin, l'assurée ayant droit à une rente d'invalidité, il était manifeste que la prise en charge du traitement médical devrait être accordée, en particulier s'agissant de la physiothérapie et du suivi neuropsychologique.

Dans le rapport joint du 4 septembre 2017, la Dresse F_____ a indiqué qu'il n'était pas exceptionnel que l'imagerie cérébrale ne démontre pas de lésions objectives malgré des céphalées chroniques et invalidantes. L'avis de la Dresse S_____ n'avait en outre pas été pris en compte par les experts. Aux céphalées s'ajoutaient des limitations fonctionnelles de la hanche et de la cheville gauche. La capacité de travail de l'assurée était nulle tant dans une activité de vendeuse que dans une activité adaptée telle que celle d'aide de bureau. De plus, il fallait tenir compte d'une diminution de rendement en raison des pauses nécessaires chaque heure et de l'alternance des positions.

57. Par décision du 24 octobre 2017, l'assurance a écarté l'opposition de l'assurée. Elle a affirmé qu'il n'y avait pas de limitation neurologique, neuro-psychologique et psychiatrique selon les experts. Les seuls troubles encore en relation avec l'événement de 2013 étaient orthopédiques et ORL. Le calcul du degré d'invalidité était correct. En outre, même en reprenant le revenu sans invalidité que l'assurée

faisait valoir, le résultat de la comparaison des revenus ne donnait pas droit à une rente de l'assurance-accidents. Quant à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, l'assurée ne donnait pas d'arguments pour contester la conclusion des experts.

58. L'assurée a interjeté recours contre cette décision par écriture du 23 novembre 2017. Elle a conclu, sous suite de dépens, à son annulation, à la constatation que l'intimée devait continuer à prendre en charge les frais médicaux au-delà du 31 mai 2017, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017, et au renvoi à l'intimée pour fixation du montant de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ; et subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à l'annulation de la décision de l'intimée, à la constatation que l'intimée devait continuer à prendre en charge les frais médicaux au-delà du 31 mai 2017, à ce que l'intimée soit condamnée à lui verser une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juin 2017, et au renvoi à l'intimée pour fixation du montant de la rente et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Elle a derechef fait valoir une violation de son droit d'être entendue, affirmant que le dossier ne lui avait pas été transmis dans son intégralité, dès lors qu'il ne contenait pas l'avis du médecin-conseil évoqué par l'intimée dans sa décision sur opposition, ni les échanges avec l'OAI. En outre, l'intimée n'avait pas instruit les conséquences du second accident. Reprenant largement les arguments développés dans son opposition, elle a répété que l'anamnèse ressortant de l'expertise n'était pas complète et que ses conclusions étaient contradictoires et non motivées. Elle a souligné que l'intimée avait admis le lien de causalité entre les troubles psychiques et neuropsychologiques avec l'accident du 8 mars 2013, puisqu'elle avait pris en charge le cas. La recourante avait subi une fracture pariéto-occipitale gauche non déplacée et une fracture de l'os occipital. La violence du choc était ainsi établie, et le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques et l'accident était manifeste. Il en allait de même des céphalées, des acouphènes, des vertiges et de la fatigabilité apparus immédiatement après l'accident. Les éléments au dossier confirmaient la gravité et la persistance des atteintes à la santé. L'intimée n'avait pas rendu vraisemblable un quelconque fait interruptif de causalité. Sa décision devait ainsi être annulée. Elle a repris ses griefs au sujet du calcul du degré d'invalidité, alléguant être totalement incapable de travailler dans toute activité, comme l'avait admis l'OAI. En toute hypothèse, un abattement de 25 % devrait être appliqué au revenu d'invalidité. La recourante ayant droit à une rente d'invalidité, la prise en charge du traitement médical devait également être accordée. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % devait également être réévaluée afin de tenir compte des atteintes ORL.
59. Dans sa réponse du 10 janvier 2018, l'intimée a conclu au rejet de la demande d'expertise médicale et au rejet du recours.

S'agissant de la valeur probante de l'expertise, l'intimée a relevé que les rapports de scanner dont l'absence était critiquée par la recourante avaient bien été pris en compte par les experts, puisqu'ils étaient mentionnés. Les conséquences du second

accident avaient également été rapportées par les experts, de même que les céphalées, les acouphènes et la fatigue. La non prise en compte de la fatigabilité et des céphalées avait été discutée et motivée. Les critiques de la recourante étaient ainsi infondées. S'agissant du droit au traitement médical, il cessait lorsqu'on ne pouvait plus attendre d'amélioration notable de l'état de santé, et son terme coïncidait avec celui mis au versement d'indemnités journalières. En l'espèce, la recourante ne contestait pas la fin du versement de ces indemnités mais sollicitait une rente. Elle reconnaissait ainsi qu'il n'y avait plus d'amélioration notable à espérer sur ce plan. En ce qui concernait la rente d'invalidité, les experts avaient admis une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. La décision de l'OAI se fondait sur la première expertise réalisée à la demande de l'intimée, et l'évolution avait depuis été favorable. Cette décision n'était ainsi pas opposable à l'intimée. La recourante avait du reste accouché en mai 2017, et on imaginait mal dans ces circonstances qu'elle souffre d'une invalidité complète. Son revenu sans invalidité s'élevait à CHF 47'520.- en 2017. Le revenu d'invalidé, fondé sur l'ESS 2014, s'élevait à CHF 54'872.- après indexation et adaptation à la durée normale de travail. La réduction de 10 % pour tenir compte de la coxarthrose et de l'hyposmie était adéquate. Elle portait le revenu d'invalidé à CHF 49'385.-. Il n'y avait ainsi pas d'invalidité. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, le taux établi par les experts correspondait à une coxarthrose de gravité moyenne. Quant à l'hyposmie, elle n'était que partielle. Ainsi, le taux d'indemnisation retenu, correspondant à la somme de CHF 25'200.-, devait être confirmé.

60. Par réplique du 14 février 2018, la recourante a persisté dans ses conclusions, en concluant également au renvoi du dossier à l'intimée pour rectification du montant de l'indemnité journalière et nouveau calcul de surindemnisation. Elle a affirmé que son droit d'être entendue avait été gravement violé, car l'intimée ne lui avait pas communiqué son dossier en entier. En outre, les deux expertises avaient été diligentées sans qu'elle puisse prendre position sur le mandat d'expertise ou le choix du centre, en violation de ses droits de partie. Elle a derechef contesté la valeur probante de l'expertise. La décision du 8 décembre 2015 étant manifestement erronée, elle devait être rectifiée par la voie de la reconsidération, en corrigeant le calcul de surindemnisation. Quant au degré d'invalidité établi par l'OAI, il reposait sur les limitations fonctionnelles telles que la fragilité psychologique, les troubles cognitifs et l'effondrement des ressources d'adaptation. Ces limitations étaient toujours présentes. Du reste, le médecin-conseil de l'intimée préconisait en janvier 2014 une invalidité de 30 % et un taux d'indemnité de 40 %. L'intimée avait pris en charge le traitement neuropsychologique jusqu'en juillet 2017, et le lien de causalité naturelle et adéquate entre ces troubles et l'accident avait ainsi été admis. Elle devait ainsi continuer à prendre en charge ces troubles à défaut d'avoir démontré un fait interruptif. Quant à la naissance de son enfant, elle n'était pas pertinente pour fixer son degré d'invalidité. La recourante a encore allégué que son revenu sans invalidité était de CHF 48'000.- par an dès janvier 2016. En outre, un abattement de 25 % devrait être opéré sur le revenu après

invalidité si une capacité de gain était retenue. Au sujet de l'atteinte à l'intégrité, il n'y avait pas de motif de ne pas indemniser l'atteinte ORL. Aux atteintes admises s'ajoutaient en outre les troubles neuropsychologiques.

61. Par duplique du 6 mars 2018, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle a allégué au sujet du droit d'être entendue que la recourante avait pu consulter l'intégralité du dossier, de sorte que ce grief tombait à faux. S'agissant de l'expertise, les médecins traitants avaient pu se déterminer sur ses résultats. En outre, aucun élément ne permettait de douter du bien-fondé de cette expertise. Dès lors que la recourante concluait à l'octroi d'une rente, elle admettait que son état de santé était stabilisé, ce qui excluait le droit à la prise en charge des soins. En ce qui concernait le calcul du degré d'invalidité, il restait inférieur à 10 % même si l'on tenait compte d'un revenu sans invalidité de 48'000.- comme le soutenait la recourante. Enfin, les experts avaient fixé le taux d'indemnisation des atteintes à l'intégrité à 20 % en raison des séquelles orthopédiques et ORL. Quant à la décision de surindemnisation, elle était définitive et exécutoire. De plus, les indemnités journalières étaient calculées d'après le gain assuré et le salaire pris en compte dans cette décision était exact.
62. La chambre de céans a transmis copie de cette écriture à la recourante en date du 9 mars 2018.
63. 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. La LPGA, entrée en force le 1^{er} janvier 2003, est applicable à la présente procédure.
3. Le recours, déposé dans les délais et forme prévus par la loi, est recevable (art. 56ss LPGA).

En particulier, malgré leur libellé, on interprétera les conclusions de la recourante relatives au traitement médical comme tendant à la condamnation de l'intimée à sa prise en charge. Elles sont ainsi recevables, contrairement à des conclusions constatatoires dont le caractère est subsidiaire par rapport à une action formatrice (ATF 129 V 289 consid. 2.1, arrêt du Tribunal fédéral des assurances B 149/06 du 11 juin 2007 consid. 5.2).

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents à la suite de son accident dès le 1^{er} juin 2017, plus particulièrement sur le

droit au traitement médical, sur le droit à une rente, ainsi que sur le taux d'indemnisation de l'atteinte à l'intégrité.

En revanche, le calcul de la surindemnisation ayant fait l'objet de la décision de l'intimée du 8 décembre 2015, entrée en force, n'a pas à être examiné dans la présente procédure.

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA dispose qu'est réputé accident 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.

Les prestations que l'assureur-accidents doit cas échéant prendre en charge comprennent le traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), les indemnités journalières en cas d'incapacité de travail partielle ou totale consécutive à l'accident (art. 16 LAA), la rente en cas d'invalidité de 10 % au moins à la suite d'un accident (art. 18 al. 1 LAA), ainsi qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité si l'assuré souffre par suite de l'accident d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique (art. 24 al. 1 LAA).

6. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1).

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

7. La jurisprudence a développé plusieurs critères pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique. Il y a d'abord lieu de classer les accidents en fonction de leur déroulement en trois catégories : les accidents de peu de gravité, ceux de gravité moyenne et les accidents graves (arrêt du Tribunal fédéral 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 3.1). Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération sept critères exhaustifs développés par la jurisprudence, portant notamment sur les circonstances de l'accident et la gravité des lésions (cf. ATF 117 V 369 consid. 4c et arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 201/05 du 4 mai 2006 consid. 5.1), dont trois au moins doivent être remplis. Ce n'est qu'à titre exceptionnel qu'un accident de peu de gravité peut constituer la cause adéquate d'une incapacité de travail et de gain d'origine psychique. Il faut alors que les conséquences immédiates de l'accident soient susceptibles d'avoir entraîné les troubles psychiques et que les critères

applicables en cas d'accident de gravité moyenne se cumulent ou revêtent une intensité particulière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_510/2008 du 24 avril 2009 consid. 5.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 369/01 du 4 mars 2002 consid. 2c).

S'agissant du caractère adéquat du rapport de causalité en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence applique les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique, avec toutefois certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10). En cas de traumatisme de ce type, il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a).

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

8. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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. La jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 de la Constitution [Cst – RS 101]) en particulier le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 132 V 368 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_136/2017 du 21 août 2017 consid. 5.2).

La violation du droit d'être entendu, de caractère formel, doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 431c consid. 3d/aa ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_120/2009 du 3 février 2010 consid. 2.2.1). Pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité

particulière, cette violation est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (arrêt du Tribunal fédéral 9C_181/2013 du 20 août 2013 consid. 3.3).

10. Dans un récent arrêt de principe rendu en matière d'assurance-invalidité, le Tribunal fédéral a établi des exigences accrues en matière de participation des assurés lorsqu'une assurance sociale diligente une expertise, eu égard à leur droit d'être entendus. Ces exigences comprennent le droit de se prononcer sur le choix de l'expert, de connaître les questions qui lui seront posées, et d'en formuler d'autres (ATF 137 V 210 consid. 3.2.4.6 et 3.2.4.9). Il a par la suite précisé que ces exigences sont également applicables à l'assurance-accidents (ATF 138 V 318 consid. 6.1.4).

On soulignera du reste que ces exigences ressortent également des art. 57 ss de la loi sur la procédure civile fédérale (PCF – RS 273), applicables par analogie à la procédure administrative (Marco WEISS, *Die Mitwirkungsrechte der Bundeszivilprozessordnung im Sozialversicherungsrecht : aktuelle Entwicklungen in der bundesgerichtlichen Rechtsprechung in AJP* 2016 p. 1214).

Le fait pour une assurance de ne pas permettre à un assuré d'exercer les prérogatives résultant de son droit d'être entendu, soit en particulier celui de se prononcer sur la nomination de l'expert, sur les questions à poser, ainsi que sur le résultat de l'expertise, relève d'une grave violation de ce droit (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 22/03 du 10 juillet 2003 consid. 4). Ce vice ne peut être réparé lorsque l'expertise constitue l'élément central et prépondérant de l'instruction (RAMA 2000 n° U 369 p. 104 consid. 2b ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 265/04 du 23 septembre 2005 consid. 2.3).

11. En l'espèce, aucun des rapports des médecins traitants ne satisfait entièrement aux exigences en matière de valeur probante rappelées ci-dessus, dès lors qu'ils ne contiennent pas tous les éléments formels nécessaires. Ils ne suffisent dès lors pas à trancher le litige.

C'est sur la seconde expertise diligentée par l'intimée que repose la décision dont est recours. Or, celle-ci n'a pas donné au préalable l'occasion à la recourante de se prononcer sur le choix des experts pressentis et sur les questions qui leur seraient soumises.

Conformément à la jurisprudence citée, dès lors que cette expertise fonde la décision de l'intimée et revêt ainsi une importance décisive dans la procédure administrative, cette omission constitue une violation grave du droit d'être entendue de la recourante, que la pleine cognition de la chambre de céans ne suffit pas à pallier. Le fait que les médecins traitants aient été appelés à se déterminer sur le contenu de l'expertise ne permet pas non plus de remédier aux lacunes qui ont entouré sa mise en œuvre.

Pour ce motif déjà, il convient de renvoyer la cause à l'intimée, à charge pour elle de mettre en œuvre une nouvelle expertise, auprès d'experts choisis consensuellement, dans le respect des exigences légales et jurisprudentielles en matière de participation des assurés.

La chambre de céans relève en outre que plusieurs médecins ont fait état d'un TCC, diagnostic posé notamment dans la lettre de sortie du Service de réadaptation des HUG du 15 mai 2013, par le Dr C_____ dans son courrier du 31 mai 2013, et par la Dresse K_____ en août 2014. L'expert neurologue mandaté par l'intimée a du reste confirmé cette atteinte. Il appartiendra aux experts nouvellement mandatés de déterminer si ce TCC est en lien de causalité naturelle avec l'accident, étant rappelé qu'il s'agit là d'une question de fait d'ordre médical (arrêt du Tribunal fédéral 8C_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 3.1) et que l'admission d'un tel lien suppose selon la jurisprudence que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans la période de 72 heures suivant l'accident, les autres troubles caractéristiques du tableau clinique ne devant pas nécessairement apparaître dans ce laps de temps (arrêts du Tribunal fédéral 8C_450/2007 du 17 janvier 2008 consid. 6 et 8C_8/2007 du 15 janvier 2008 consid. 4.1).

En fonction des résultats de l'expertise à intervenir, il incombera cas échéant à l'intimée d'analyser le droit aux prestations de la recourante en se fondant sur les critères dégagés par la jurisprudence en matière de causalité adéquate entre un accident et des troubles consécutifs à un TCC, avant de rendre une nouvelle décision.

12. Eu égard aux éléments qui précèdent, le recours est partiellement admis.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens qu'il convient de fixer à CHF 2'000.- (art. 61 let. g LPGA).

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

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision de l'intimée du 24 octobre 2017.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'000.- 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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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