

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/603/2023

ATAS/128/2024

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 29 février 2024

Chambre 3

En la cause

A_____

recourante

représentée par LOYCO SA, mandataire

contre

AXA ASSURANCES SA

intimée

Siégeant : Karine STECK, Présidente; Philippe LE GRAND ROY et Christine LUZZATTO, Juges assesseurs

EN FAIT

A. a. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1991, travaille en qualité de responsable de la communication depuis le 15 février 2016. A ce titre, elle est assurée contre les risques d'accidents auprès d'AXA (ci-après l'assurance).

b. L'assurée a été victime d'un accident le 31 juillet 2020 : en pratiquant le *wake surf*, elle est tombée et sa planche a heurté son œil sous l'eau. L'assurée dit avoir alors ressenti de fortes nausées ; sa vision était altérée, un seul œil étant ouvert ; elle a également souffert de plaies autour de l'autre œil, gonflé, de saignements de nez et d'un hématome.

Un scanner du massif facial réalisé le même jour a révélé une fracture de la lame papyracée de l'ethmoïde gauche (paroi orbitaire interne) avec comblement des cellules ethmoïdales en regard, un épaissement contusionnel du muscle droit interne gauche, avec une herniation à travers la fracture de la lame papyracée, et un hématome des parties molles péri-orbitaires gauches.

Les médecins des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont attesté une incapacité de travail jusqu'au 9 août 2020.

c. L'assurée a eu plusieurs contrôles orthoptiques dans le suivi de son accident.

Un examen en date du 6 août 2020, a montré que la discrète limitation d'élévation et d'adduction de l'œil gauche était en nette amélioration. Il n'y avait pas de diplopie dans la vie quotidienne.

Un examen orthoptique du 9 septembre 2020 a révélé une très discrète limitation dans le champ d'action de l'oblique inférieure gauche, en haut, en adduction de l'œil gauche, en amélioration. Ce n'était pas gênant dans la vie quotidienne.

d. Dans un rapport du 24 septembre 2020, un médecin du service de chirurgie des HUG a fait état, dans les suites de l'accident, de plaies palpébrales, d'une ecchymose périorbitaire gauche, d'une lagophtalmie, d'une diplopie et de douleurs orbitaires. Le traitement était conservateur après suture des plaies ; il consistait en un suivi orthoptique et maxillo-facial.

e. Le 14 octobre 2020, un médecin de la policlinique d'ophtalmologie des HUG a mentionné, dans les suites de l'accident, des plaies de la paupière gauche et un hématome palpébral. Le traitement après suture de la plaie consistait en un bilan orthoptique et une crânioscopie pour examen.

f. Selon une note d'entretien téléphonique du 23 décembre 2020, l'assurée a indiqué à l'assurance que le traitement était presque terminé. Elle n'avait pas été opérée et n'avait pas de séquelles. Seul un contrôle était programmé en août 2021, un an après l'accident, afin de vérifier que tout était en ordre.

g. Lors dudit contrôle au service d'ophtalmologie des HUG, le 12 août 2021, un œdème papillaire bilatéral a été mis en évidence. Une imagerie par résonance

magnétique (IRM) réalisée le même jour a révélé une minime dilatation des gaines des nerfs optiques des deux côtés, sans rehaussement, une selle turcique vide et un système ventriculaire de petite taille avec position basse de tonsilles cérébelleuses. Le tout était compatible avec de discrets signes d'hypertension du liquide céphalo-rachidien, sans cause retrouvée, notamment ni thrombose veineuse, ni syndrome de masse.

L'assurée a alors été adressée au service des urgences des HUG, dont les médecins ont noté, dans leur rapport du 17 août 2021, qu'après le traumatisme de l'œil gauche en juillet 2020, les troubles visuels s'étaient complètement résorbés. L'assurée était asymptomatique et l'examen neurologique dans la norme. La patiente se plaignait uniquement d'un très léger flou visuel à la vision nocturne. Selon l'avis neurologique, il y avait une impression d'hypertension intracrânienne post-traumatique possible versus une hypertension intracrânienne idiopathique. Une ponction lombaire était préconisée, mais n'avait pu être réalisée en raison du flux trop important de patients. L'assurée serait convoquée à la policlinique pour y procéder.

h. Dans une note du 5 février 2022, le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, a émis l'avis que le traitement du 12 août 2021 n'était pas en relation de causalité avec l'accident du 31 juillet 2020. Selon lui, la cause la plus fréquente d'œdème papillaire à cet âge et chez une femme était une hypertension intracrânienne idiopathique, surtout en cas de surcharge pondérale.

B. a. Par décision du 9 février 2022, l'assurance a nié à l'assurée le droit aux prestations dès le 12 août 2021 en se référant à l'avis du Dr B_____, selon lequel la causalité entre les lésions subies lors de l'accident et le traitement du 12 août 2021 n'était que possible.

b. Par courrier du 25 février 2022, l'assurée s'est opposée cette décision.

Elle faisait valoir que, dès lors que le Dr B_____ avait uniquement exclu un lien entre l'œdème papillaire bilatéral et l'accident du 31 juillet 2020, l'assurance ne pouvait mettre un terme à ses prestations, d'autant moins qu'elle avait toujours besoin d'un suivi pour la fracture de la lame papyracée. S'agissant de l'origine prétendument idiopathique de l'hypertension intracrânienne, elle soulignait n'avoir jamais été en surpoids.

A l'appui de sa position, l'assurée produisait un rapport rédigé le 7 novembre 2022 par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en neurologie, en rappelant que le Dr B_____, lui, n'était pas spécialiste en neurologie. La Dresse C_____ retenait que l'assurée ne présentait pas un cas typique d'hypertension intracrânienne bénigne et que le lien entre le traumatisme du 31 juillet 2020, l'hypertension et l'œdème papillaire bilatéral était probable pour les raisons suivantes : la littérature rapportait plusieurs cas d'hypertension intracrânienne après un traumatisme cérébral léger ; il n'y avait pas eu d'aggravation de la

symptomatologie depuis août 2021, mais une amélioration sans traitement, ce qui correspondait à l'évolution habituelle d'un traumatisme ; par ailleurs, il n'existait aucun autre facteur favorisant une hypertension intracrânienne bénigne (ni obésité, ni utilisation de contraceptifs) ; il n'y avait pas de céphalées et la ponction lombaire avec pression d'ouverture était à la limite supérieure. La neurologue considérait que les examens réalisés à partir du 12 août 2021 étaient nécessaires pour rechercher une cause post-traumatique aux troubles.

L'assurée en tirait la conclusion que l'assurance devait prendre en charge l'intégralité des soins en lien avec l'hypertension intracrânienne et l'œdème papillaire, subsidiairement demandait la mise sur pied d'une expertise en suggérant plusieurs noms d'experts neurologues.

c. Le 2 décembre 2022, le docteur D_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-conseil de l'assurance, s'est déterminé sur le rapport de la Dresse C_____. Selon lui, aucun des arguments de la neurologue n'était probant. La description dans la littérature de cas d'hypertension intracrânienne après des traumatismes cérébraux légers ne suffisait pas à qualifier le lien de probable. Pour sa part, il partageait l'avis du Dr B_____. Lors des investigations réalisées en août 2021, aucune lésion cérébrale traumatique n'avait été mise en évidence. Le lien de causalité entre l'accident et l'hypertension intracrânienne n'était donc que possible, avec un taux de vraisemblance inférieur à 50%.

Pour le surplus, le médecin se référait à un article intitulé *Papilledema: epidemiology, etiology, and clinical management* de Mohammed RIGI, Sumayya J. ALMARZOUQI, Michael L. MORGAN, et Andrew G. LEE, selon lequel un œdème papillaire à la suite d'un traumatisme à la tête est généralement décrit comme modéré et peut se développer immédiatement, plusieurs jours après la lésion, ou jusqu'à deux semaines plus tard. Le mécanisme suspecté pour le développement immédiat d'un tel œdème est une augmentation sévère, mais passagère, dans la pression intracrânienne, alors que des augmentations moins marquées mais continues sont en lien avec des œdèmes apparaissant durant la première semaine après la lésion.

d. Par décision du 25 janvier 2023, l'assurance a accepté de prendre en charge les examens médicaux réalisés en août 2021 et écarté l'opposition pour le surplus. Elle s'est référée aux avis des Drs B_____ et D_____, qualifiant le lien de causalité entre l'accident, l'hypertension intracrânienne et l'œdème palpébral de possible, tout au plus. L'assurance a toutefois admis que les frais de traitement du 12 août 2021 lui incombaient, puisque nécessaires à établir la fin du lien de causalité entre l'accident et les troubles.

C. a. Le 22 février 2023, l'assurée a interjeté recours contre cette décision auprès de la Cour de céans en concluant, sous suite de dépens, principalement, à la prise en charge par l'intimée des troubles consécutifs à l'accident au-delà du 12 août 2021,

subsidiairement, à ce que l'intimée mette en œuvre une expertise confiée à l'un des spécialistes suggérés.

Selon la recourante, l'avis du Dr D_____ est discutable, tant sur la forme que sur le contenu, puisqu'il n'est pas signé. L'avis du Dr B_____, auquel le Dr D_____ se rallie, ne se prononce pas sur l'intégralité des suites de l'accident et ne permet pas de mettre un terme aux prestations pour accident. Quant aux arguments avancés par la Dresse C_____ en faveur d'un lien de causalité entre les troubles et l'accident, le Dr D_____ se contente d'en contester la validité. Il n'a aucunement pris position quant à la fracture de la lame papyracée et la poursuite du suivi médical. Or, la recourante est encore suivie par le docteur E_____ pour cette atteinte et demande la poursuite de la prise en charge par l'intimée pour ces troubles (œdème papillaire, hypertension intracrânienne et fracture de la lame papyracée) au-delà du 12 août 2021.

Pour le surplus, la recourante s'indigne du refus de l'intimée de mettre sur pied une expertise, alors même qu'elle a suggéré plusieurs neurologues auxquels elle pourrait être confiée.

b. Invitée à se déterminer, l'intimée, dans sa réponse du 18 avril 2023, a conclu au rejet du recours.

Elle considère que ses médecins-conseils ont fondé leurs avis sur le rapport médical complet et que la littérature médicale produite par le Dr D_____ confirme ses conclusions. Elle souligne que les troubles visuels que la recourante présentait après l'accident ont complètement disparu par la suite, comme cela ressort du rapport des HUG du 17 août 2021. Partant, l'œdème papillaire apparu plus d'une année après l'accident ne peut en être une conséquence.

c. Dans sa duplique du 30 juin 2023, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle se réfère à un nouveau rapport émis le 25 mai 2023 par la Dresse C_____, qui y réitère ses conclusions quant au lien de causalité entre l'accident du 31 juillet 2020 et l'apparition de l'œdème papillaire. La recourante en tire la conclusion que le *statu quo sine vel ante* n'était pas atteint le 12 août 2021.

Dans son rapport, la Dresse C_____ répète qu'il est probable que l'accident du 31 juillet 2020 soit la cause de l'œdème papillaire bilatéral pour plusieurs raisons : tous les critères pour le diagnostic d'hypertension intracrânienne bénigne ne sont pas remplis (ce diagnostic ne peut être posé qu'après avoir exclu une hypertension intracrânienne secondaire) ; un traumatisme crânien est une cause d'hypertension intracrânienne, même en l'absence de lésions cérébrales ; l'œdème papillaire n'était pas présent lors de l'évaluation ophtalmologique initiale, ni lors des premiers contrôles en ophtalmologie ; il est admis qu'un tel œdème peut apparaître dans un deuxième temps, après un traumatisme crânien, malgré l'absence de lésions cérébrales visibles à l'IRM ; en l'absence d'évaluation ophtalmologique entre août 2020 et le 12 août 2021, il n'est pas possible de préciser le moment exact de son apparition, de sorte qu'il est probable qu'il est apparu dans les semaines ayant

suivi le traumatisme, mais qu'il n'a pas donné lieu à consultation avant le contrôle programmé. Le suivi ophtalmologique avec un examen du fond de l'œil permettrait de confirmer ces conclusions.

d. Dans sa réplique du 8 août 2023, l'intimée a persisté dans ses conclusions. Elle se réfère à un avis émis le 18 juillet 2023 par un autre de ses médecins-conseil, la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine interne, dont les arguments étaient superposables à ceux du Dr D_____ et confirmés par la littérature médicale.

La Dresse F_____ considère que les conclusions de la Dresse C_____ sont contredites par la littérature déjà citée par le Dr D_____, qui mentionne un délai de deux semaines après un traumatisme pour l'apparition d'un œdème papillaire. Or, lors de l'examen ophtalmologique du 9 septembre 2020, il n'était pas fait mention d'un tel œdème. Par ailleurs, en présence d'une selle turcique vide, une hypertension intracrânienne idiopathique chronique est fortement probable, selon la littérature. En effet, une selle turcique vide est communément décrite dans le cadre d'une hypertension chronique idiopathique ; il s'agit d'une association connue depuis plus de 40 ans. Dans ce contexte, le lien de causalité entre le traumatisme du 31 juillet 2020 et l'œdème papillaire bilatéral du 12 août 2021 est tout au plus possible, compte tenu des contrôles ophtalmologiques initiaux normaux jusqu'à un mois et demi après l'accident et l'absence de répercussion clinique, hormis un léger flou visuel nocturne à la vision lointaine. Un lien de causalité entre le traumatisme et l'œdème papillaire découvert en août 2021 ne peut être confirmé, *a fortiori* en présence d'une selle turcique vide caractéristique d'un diagnostic alternatif d'hypertension intracrânienne idiopathique. Dans le syndrome de la selle turcique vide, cette structure osseuse se remplit de liquide céphalorachidien, comprimant partiellement ou complètement la glande, et peut augmenter de volume. L'absence de surpoids n'exclut pas une hypertension intracrânienne idiopathique. En effet, selon la littérature, les femmes en âge de procréation présentent un risque augmenté, indépendamment de leur poids.

L'avis de la Dresse F_____ est accompagné d'articles intitulés *Hypertension intracrânienne idiopathique* et *Factors determining the clinical significance of an empty sella turcica*. Il ressort de cette publication qu'une selle turcique vide peut refléter une hypertension intracrânienne élevée et est particulièrement fréquente dans le contexte d'une hypertension idiopathique.

e. Les autres faits seront repris - en tant que de besoin - dans la partie "en droit" du présent arrêt.

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), 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 modification du 21 juin 2019 de la LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2021. Elle est ainsi applicable au présent recours, dès lors qu'il n'était pas pendant à cette date (art. 82a LPGA *a contrario*).
3. Le litige tel que circonscrit par la décision dont est recours porte sur la prise en charge des suites de l'accident au-delà d'août 2021, étant souligné que les examens réalisés en août 2021 ont été pris en charge par l'intimée. Leur remboursement n'est donc plus litigieux.
4. Le recours a été déposé dans les forme et délai prévus par les art. 56ss LPGA.

4.1 S'agissant des autres conditions de recevabilité du recours, on rappellera qu'elles supposent notamment que le recourant ait la qualité pour recourir (Jean METRAL *in* Commentaire romand LPGA, nn. 1 et 11 ad art. 59 LPGA). L'art. 59 LPGA dispose que quiconque est touché par la décision ou la décision sur opposition et a un intérêt digne d'être protégé à ce qu'elle soit annulée ou modifiée a qualité pour recourir. La notion d'intérêt digne de protection de l'art. 59 LPGA est la même que celle prévue dans la procédure fédérale de recours (ATF 130 V 388 consid. 2.2). L'intérêt digne de protection consiste en l'utilité pratique que l'admission du recours apporterait au recourant ou, en d'autres termes, dans le fait d'éviter un préjudice de nature économique, idéale, matérielle ou autre que la décision attaquée lui occasionnerait. L'intérêt doit être direct et concret (ATF 130 V 196 consid. 3). Exceptionnellement, il convient de renoncer à l'exigence d'un intérêt actuel lorsque la contestation peut se reproduire en tout temps dans des circonstances identiques ou analogues, que sa nature ne permet pas de la trancher avant qu'elle ne perde de son actualité et qu'il existe un intérêt public suffisamment important à la solution de la question litigieuse (arrêt du Tribunal fédéral 2C_867/2019 du 14 avril 2020 consid. 3.3).

4.2 Les prestations dues en raison d'un accident couvrent le droit au traitement médical (art. 10 LAA), le droit à une indemnité journalière (art. 16 et 17 LAA) en cas d'incapacité de travail, puis dès la stabilisation de l'état de santé le droit à une rente d'invalidité (art. 18ss LAA) ainsi que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 et 25 LAA).

4.3 En l'espèce, l'intimée a accepté de prendre en charge les examens réalisés en août 2021. Or, la recourante n'allègue pas avoir encouru d'autres frais médicaux en raison de l'accident, pas plus qu'elle n'a produit d'autre facture de soins.

S'agissant de la prise en charge de la fracture de la lame papyracée, on relèvera que si la recourante indique être suivie par le Dr E_____, elle ne produit ni facture, ni rapport de ce médecin attestant un quelconque traitement pour cette atteinte. Il faut d'ailleurs souligner à ce sujet que le traitement des suites de l'accident décrit par les médecins traitants, hormis la suture de la plaie, est conservateur et consiste essentiellement en contrôles orthoptiques. Nulle part n'est évoquée la nécessité de soins particuliers en raison de cette fracture. Au plan ophtalmologique, seul un contrôle était programmé selon le rapport des HUG du 24 septembre 2020.

Par ailleurs, si l'on se réfère à la note d'entretien du 23 décembre 2020, la recourante aurait déclaré qu'elle n'avait pas de séquelles et que le traitement était presque terminé, hormis la consultation de contrôle prévue en août 2021. Or, comme déjà relevé, les examens réalisés en août 2021 ont été pris en charge par l'intimée.

Ainsi, en l'absence de traitement médical allégué au-delà de cette date, l'existence d'un intérêt pratique à l'admission du recours et à l'annulation de la décision n'est pas manifeste, étant souligné que la fin du droit aux prestations signifiée à la recourante n'exclut pas une prise en charge par l'intimée en cas de rechute (cf. art. 11 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA - RS 832.202]).

4.4 Cela étant, la Cour de céans renonce à examiner la recevabilité du recours plus avant, dès lors que ledit recours doit être rejeté pour les motifs qui suivent.

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

5.1 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). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante 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 cette atteinte (arrêt du Tribunal fédéral 8C 416/2019 du 15 juillet 2020 consid. 3.2).

5.2 Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration, ou le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2). En revanche, le *statu quo ante* ne peut être exclu sans autre motivation uniquement en raison du fait que la personne assurée ne subissait aucune limitation ni douleur avant l'accident (arrêt du Tribunal fédéral 8C_861/2018 du 14 juin 2019 consid. 5.2.1). En effet, le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*) (arrêt du Tribunal fédéral 8C_548/2018 du 7 novembre 2018 consid. 4 et les références).

6. Pour trancher le droit aux prestations, le juge a besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste notamment à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 ; ATF 115 V 133 consid. 2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le tribunal apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le tribunal doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (arrêt du Tribunal fédéral 9C_453/2017 du 6 mars 2018 consid. 4.2).

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). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (arrêt du Tribunal fédéral 8C_429/2014 du 23 mars 2015 consid. 4.2 et les références). Il convient d'ordonner une expertise par un médecin externe à l'assurance si des doutes, mêmes faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées à l'interne (ATF 135 V 465 consid. 4).

7. Selon le principe inquisitoire qui régit la procédure en matière d'assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA), il appartient à l'administration ou au juge d'établir d'office les faits déterminants pour la solution du litige et d'administrer, le cas échéant, les preuves nécessaires. En principe, les parties ne supportent ni le fardeau de l'allégation ni celui de l'administration des preuves. Cette maxime doit cependant être relativisée par son corollaire, soit le devoir de collaborer des parties, lequel comprend l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela est raisonnablement exigible, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués. Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et arrêt du Tribunal fédéral 9C_97/2020 du 10 juin 2020 consid. 3.1). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait dans le doute statuer en faveur de l'assuré, (ATF 126 V 319 consid. 5a). Le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (arrêt du Tribunal fédéral 8C_591/2015 du 19 janvier 2016 consid. 5.3).
8. En l'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles apparus en août 2021, soit l'œdème papillaire bilatéral et la possible hypertension intracrânienne, sont en lien de causalité avec l'accident.

Il est vrai que l'intimée a nié un tel lien en se fondant dans un premier temps sur l'avis du Dr B_____, lequel ne satisfait pas aux requisits jurisprudentiels au plan formel. Cela étant, l'appréciation de ce médecin a été confirmée tant par le Dr D_____ que la Dresse F_____, qui ont motivé leurs conclusions, notamment en se référant à plusieurs publications scientifiques, en exposant que le délai entre l'accident et les diagnostics d'œdème papillaire bilatéral et de possible hypertension ne permet pas d'établir un lien de causalité entre ces éléments au

degré de la vraisemblance prépondérante conformément à la littérature et en soulignant l'association entre une selle turcique vide telle que mise en évidence lors de l'IRM et une hypertension intracrânienne idiopathique. Ces éléments sont convaincants.

De plus, il faut souligner qu'hormis la mention dans le rapport du service des urgences des HUG d'une possible hypertension intracrânienne post-traumatique – hypothèse entrant toutefois en ligne de compte au même titre que celle d'une hypertension idiopathique –, aucun des médecins traitants n'a, avant la Dresse C_____, prétendu que l'œdème papillaire serait une conséquence directe de l'accident survenu en juillet 2020, ou que l'éventuelle hypertension à son origine serait elle-même en lien de causalité avec l'accident.

L'avis de la Dresse C_____ ne suffit pas à convaincre de la probabilité d'un tel lien de causalité.

Tout d'abord, ce médecin n'explique pas en quoi le cas de la recourante serait atypique.

Par ailleurs, la mention de cas d'hypertension intracrânienne consécutive à un traumatisme cérébral léger décrits dans la littérature scientifique – que la neurologue se contente d'ailleurs de rapporter sans citer de sources précises – ne suffit pas à retenir un lien de causalité systématique entre ces deux éléments, en particulier sans considération de la connexité temporelle. En effet, les auteurs de l'article auquel le Dr D_____ se réfère pour étayer sa position admettent également qu'un œdème papillaire peut être causé par une hypertension crânienne elle-même d'origine traumatique, mais ils articulent un délai de l'ordre de deux semaines pour l'apparition d'un tel œdème. Or, dans le cas de la recourante, l'œdème a été diagnostiqué plus d'une année après l'accident, soit après un laps de temps bien plus long que celui décrit dans la littérature.

L'absence de facteurs de risques pour le développement d'une hypertension crânienne idiopathique ne suffit pas non plus à conclure à son origine traumatique au degré de la vraisemblance prépondérante. D'ailleurs, l'appréciation de la Dresse C_____ semble contradictoire, en tant qu'elle voit dans l'évolution positive sans traitement un signe plaidant en faveur d'une origine accidentelle des troubles, alors même qu'elle soutient qu'une ponction lombaire – qui relève précisément d'un traitement de l'hypertension intracrânienne – aurait été réalisée, ce qu'aucune pièce au dossier ne vient confirmer.

Le second rapport établi par la neurologue en mai 2023 entend établir un lien entre l'œdème papillaire et l'accident en ajoutant aux arguments déjà avancés, que l'œdème est probablement apparu dans les semaines après l'accident, mais n'a pas été diagnostiqué avant août 2021, supposition qu'aucun élément au dossier ne permet de corroborer. Or, conformément aux principes rappelés ci-dessus, la recourante supporte les conséquences de l'absence de preuve sur ce point.

Compte tenu de ces éléments, les rapports de la Dresse C_____ ne suffisent pas à sérieusement mettre en doute les avis convergents des médecins-conseils de l'intimée, si bien qu'une expertise ne se justifie pas.

La décision de l'intimée sera ainsi confirmée.

9. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} *a contrario*).

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

Statuant

1. Rejette le recours, dans la mesure où il est recevable.
2. Dit que la procédure est gratuite.
3. 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

Diana ZIERI

Karine STECK

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