

POUVOIR JUDICIAIRE

A/666/2024

ATAS/197/2025

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 24 mars 2025**

**Chambre 6**

En la cause

A \_\_\_\_\_  
représentée par Me Marc MATHEY-DORET, avocat

recourante

contre

**SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN  
CAS D'ACCIDENTS**

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, présidente ; Yda ARCE et Yves MABILLARD, juges  
assesseurs.**

---

---

**EN FAIT**

**A.** a. A\_\_\_\_\_ (B\_\_\_\_\_ jusqu'à un changement de nom en date du 23 mai 2024 selon la base de données Calvin de l'office cantonal de la population et des migrations (OCPM) ; ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1987, était employée en qualité de cheffe dans la restauration avant d'être au bénéfice, à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2020, des prestations de l'assurance-chômage.

b. À ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la SUVA CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).

**B.** a. Dans une déclaration de sinistre LAA pour les chômeurs du 30 juin 2021, il était mentionné que l'assurée, en date du 28 juin 2021, avait eu accident alors qu'elle circulait à trottinette.

b. Le 5 juillet 2021, l'assurée a précisé à la SUVA qu'elle était entrée en collision avec un cycliste.

c. À teneur du rapport médical du service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) du 1<sup>er</sup> juillet 2021, l'assurée, non casquée, était tombée en arrière à la suite de la collision et s'était cognée la tête contre le sol, sans perdre connaissance et sans subir d'amnésie circonstancielle. Quelques heures après l'accident, des céphalées « en casque avec vision floue » étaient apparues. Le lendemain, l'assurée souffrait également, en sus des céphalées précitées, de migraines, d'un « flou visuel », de douleurs au membre supérieur gauche, de troubles de l'équilibre, ainsi que de somnolence.

L'assurée s'était ainsi rendue au service des urgences des HUG en date du 29 juin 2021, où il avait notamment été constaté qu'elle ne présentait pas de plaie au niveau du crâne, ni de déficit neurologique au *status*. Un accident de la voie publique avec traumatisme cranio-cérébral (ci-après : TCC) sans perte de connaissance, ni amnésie circonstancielle, était diagnostiqué. Le scanner cérébral réalisé le même jour n'avait pas révélé de saignement intracrânien, ni de fracture crânienne, selon les docteurs C\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_, respectivement médecin chef de clinique en neuroradiologie et médecin interne en radiologie. L'assurée ne présentait pas non plus de lésion traumatique à l'étage cervical.

d. La docteure E\_\_\_\_\_, alors médecin interne au service de médecine de premier recours des HUG, a attesté d'une incapacité de travail totale du 29 juin 2021 au 2 juillet suivant. L'arrêt de travail de l'assurée a ensuite été prolongé jusqu'au 13 juillet 2021 par le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale. À compter du 14 juillet suivant, l'assurée était déclarée totalement apte au travail.

e. Le 15 juillet 2021, l'assurée a, à la demande de la SUVA, rempli un questionnaire visant à éclaircir les faits et a indiqué que depuis l'accident, elle

souffrait de troubles de la concentration et de la mémoire, de vertiges, de nausées et de pertes d'équilibre.

**f.** Par courrier du 31 août 2021, la SUVA a informé l'assurée qu'elle prenait en charge son cas avec effet au jour de l'accident. Le versement des indemnités journalières a rétroagi au 1<sup>er</sup> juillet 2021.

**g.** L'assurée a réalisé un scanner des sinus en date du 26 août 2021, lequel n'a pas révélé d'anomalie.

**C. a.** En date du 2 septembre 2021, l'assurée a effectué une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale. Selon le rapport du même jour établi par le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, cet examen ne révélait pas d'anomalie parenchymateuse ou vasculaire, ni de décollement des convexités. Il n'y avait pas non plus d'argument pour une atteinte ischémique ou hémorragique. Enfin, l'analyse du polygone de Willis ne révélait pas d'anomalie.

**b.** Du 13 au 26 septembre 2021, l'assurée s'est de nouveau trouvée en incapacité de travail totale, comme en a attesté la docteure H\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie.

**c.** En date du 4 novembre 2021, l'assurée s'est à nouveau rendue au service des urgences des HUG. À teneur du rapport médical établi le jour même par les docteurs I\_\_\_\_\_, médecin cheffe de clinique, et J\_\_\_\_\_, médecin interne, l'assurée avait subi un TCC avec perte de connaissance, sans amnésie circonstancielle. Depuis deux à trois semaines, les céphalées de l'assurée étaient en péjoration avec une importante fatigue et des troubles du sommeil consistant en des troubles de l'endormissement et en une hypersomnie. Elle souffrait également de troubles de la concentration, de phono-photophobie et d'acouphènes sans hypoacousie. L'assurée ne présentait pas de signe scanographique de brèche durale, ni d'hypotension/hypertension du liquide céphalorachidien (ci-après : LCR). Les diagnostics de céphalées post-traumatiques et de migraines ont été retenus.

Selon le rapport médical du 5 novembre 2021, rédigé par le docteur K\_\_\_\_\_, alors médecin interne au service de neurochirurgie des HUG, le scanner cérébral réalisé la veille ne montrait pas de saignement intracrânien, ni de lésion osseuse traumatique de la base du crâne. Des vertiges positionnels d'origine oto-rhino-laryngologique (ci-après : ORL) étaient envisagés, étant précisé qu'une hypotension du LCR ne pouvait être exclue. Le diagnostic principal de céphalées post-traumatiques était retenu.

L'assurée s'est trouvée en incapacité de travail totale à compter du 4 novembre 2021, puis à hauteur de 50% dès le 10 novembre 2021.

**d.** Par courrier du 18 novembre 2021, la SUVA a informé l'assurée qu'elle n'avait reçu aucun renseignement médical de son médecin en lien avec sa nouvelle

incapacité de travail ayant débuté le 13 septembre 2021, de sorte qu'elle allait réexaminer sa responsabilité.

**e.** En date du 23 novembre 2021, la Dre H\_\_\_\_\_ a transmis à la SUVA un rapport médical intermédiaire, lequel mentionnait que l'assurée souffrait de céphalées de tension secondaires à un TCC léger, dont l'évolution devrait être favorable sous traitement.

**f.** L'IRM cérébrale réalisée le 24 novembre 2021 par l'assurée montrait, selon le docteur L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, un épaissement minime de la gaine des nerfs optiques avec une discrète tortuosité des nerfs. L'IRM était dans les limites de la norme compte tenu de l'âge de l'assurée. Il n'y avait pas d'argument pour une hypotension intracrânienne, ni de signe indirect de brèche durale décelable au niveau intracrânien.

**g.** En date du 25 novembre 2021, l'assurée s'est rendue à un entretien dans les locaux de la SUVA. À teneur du compte rendu de cet entretien, l'assurée a déclaré n'avoir jamais souffert de céphalées avant l'accident. S'agissant des circonstances de ce dernier, elle confirmait s'être cognée l'arrière du crâne contre le sol en béton, en précisant qu'elle n'avait pas eu de saignement, ni perdu connaissance. Une bosse était toutefois apparue à l'arrière de son crâne. S'agissant de son état, l'assurée a indiqué qu'elle dormait quinze heures par jour, qu'elle était épuisée et qu'elle avait continuellement mal à la tête.

**h.** Le 26 novembre 2021, l'assurée a effectué une IRM du rachis complet. Selon le Dr L\_\_\_\_\_, cette imagerie révélait notamment un élargissement de l'espace rétro-médullaire intracanalair entre D3 et D11 évoquant une collection de LCR sous-durale ou extradurale et faisant suspecter une brèche durale. Des protrusions discales dorsales étagées entre D4 et D7 et entre D8 et D11 étaient également constatées.

**i.** Le 29 novembre 2021, l'assurée a consulté le docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie. Selon le rapport du 2 décembre 2021 établi par ce dernier, une « suspicion de syndrome d'hypotension idiopathique post-trauma avec possible pseudoméningocèle thoracique » était retenue. D'après le Dr M\_\_\_\_\_, les différentes IRM montraient des éléments en faveur de cette atteinte, à savoir la tortuosité des nerfs optiques et le discret épaissement méningé. S'agissant de la colonne dorsale, le Dr M\_\_\_\_\_ indiquait : « nous avons l'impression d'une collection extra-médullaire dont nous ne pouvons pas distinguer entre une localisation sous-durale ou extradurale. Celle-ci semble déplacer le cordon médullaire vers l'avant et pourrait aussi être un pseudo-méningocèle sur une fistule du LCR chronique à bas bruit ». Il remarquait également la présence de multiples éperons au niveau dorsal, lesquels pouvaient venir au contact de la moelle et expliquer un point fistuleux. Le Dr M\_\_\_\_\_ proposait qu'un *blood patch* (injection de sang autologue dans

l'espace péri-dural) probatoire et thérapeutique soit effectué, lequel a été réalisé le 7 décembre 2021.

**j.** À compter du 29 novembre 2021, l'assurée s'est trouvée en incapacité totale de travail.

**k.** Dans son appréciation médicale du 28 décembre 2021, le docteur N\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste FMH en neurologie, a indiqué qu'il ne confirmait pas les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ s'agissant de l'imagerie de l'assurée. Selon lui, cette dernière ne présentait pas de collection rétro-médullaire au niveau thoracique, mais plutôt « un élargissement constitutionnel du canal médullaire avec des artéfacts de pulsation du LCR visibles uniquement en vue sagittale ». Le scanner cérébral ne mettait pas en évidence d'épaississement de la dure-mère et la tortuosité des gaines des nerfs optiques était très discrète. Le Dr N\_\_\_\_\_ mentionnait toutefois que des céphalées orthostatiques étaient évocatrices d'un syndrome d'hypotension intracrânienne et que les brèches dures étaient souvent difficiles à repérer, de sorte qu'il était justifié de procéder directement à un *blood patch* d'un point de vue pragmatique. Compte tenu de la persistance des troubles et de leur caractère, le Dr N\_\_\_\_\_ retenait un lien de causalité probable entre l'accident de l'assurée et l'intervention du 7 décembre 2021, qui a été prise en charge par la SUVA.

**l.** L'assurée a de nouveau consulté le Dr M\_\_\_\_\_ le 10 janvier 2022, dans le cadre du suivi du *blood patch*. Une amélioration d'environ 70 % de l'ensemble des symptômes a été constatée, même si de discrètes céphalées persistaient. Selon le Dr M\_\_\_\_\_, le diagnostic de syndrome d'hypotension intracrânienne idiopathique était ainsi confirmé, de sorte qu'il a proposé à l'assurée un deuxième *blood patch* afin de parvenir à une résorption complète des symptômes.

**m.** Une nouvelle IRM du rachis a été réalisée en date du 7 mars 2022, dans le but d'écartier le risque d'hématome épidual compressif avant d'effectuer un deuxième *blood patch*. Elle a révélé une impression de discrète diminution de l'épaisseur de la collection intracanaulaire rétro-médullaire et une diminution des artéfacts de flux en son sein. Il n'y avait pas d'hématome intracanaulaire et les protrusions discales focales étagées au niveau dorsal étaient stables. Un nouveau *blood patch* a ainsi été réalisé en date du 9 mars 2022.

**n.** L'IRM cérébrale et du rachis pratiquée le 19 avril 2022 révélait, selon le Dr L\_\_\_\_\_, une diminution minimale de la collection intracanaulaire rétro-médullaire dont le signal était similaire au LCR, sans argument pour un hématome intracanaulaire. Aucune anomalie intracrânienne visible n'était constatée.

**o.** En date du 10 mai 2022, la docteure O\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a délivré à l'assurée un bon en vue de la réalisation d'un bilan neuropsychologique compte tenu de ses troubles attentionnels et de la concentration à la suite de son TCC.

**p.** À la demande de la SUVA, le Dr M\_\_\_\_\_ a transmis à cette dernière un rapport médical intermédiaire en date du 11 mai 2022. Il indiquait avoir revu l'assurée en date du 7 avril précédent en raison d'une récurrence de ses symptômes orthostatiques, à savoir des céphalées très significatives, un flou visuel et un déficit de concentration. Le Dr M\_\_\_\_\_ mentionnait que les critères radiologiques lui faisaient penser à une possible fistule du LCR à bas bruit et à un syndrome d'hypotension du LCR secondaire.

**q.** Dans son rapport du 30 juin 2022, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée présentait une augmentation de ses douleurs crâniennes, accompagnées de photophobies et d'une fatigabilité. Il remarquait que les douleurs semblaient avoir un caractère moins orthostatique qu'auparavant. Le Dr M\_\_\_\_\_ maintenait sa position relative au syndrome d'hypotension du LCR sur fistule à bas bruit, en indiquant que l'assurée avait bénéficié d'un avis neurologique de la Dre O\_\_\_\_\_, qui avait fait part de sa suspicion de céphalées de tension post-traumatiques. Le Dr M\_\_\_\_\_ indiquait à cet égard qu'il était possible que l'assurée souffrît également de céphalées de tension post-traumatique, dès lors que sa symptomatologie semblait changée. Le Dr M\_\_\_\_\_ retenait ainsi le diagnostic de « suspicion de céphalées de tension post-traumatique surajoutées ».

**r.** En date du 2 février 2023, l'assurée s'est rendue à la consultation de la docteure P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Cette dernière indiquait notamment que l'assurée semblait présenter « des céphalées de nature différente, initialement liées à une hypotension du LCR ainsi que post-traumatiques ». Il existait une composante de stress post-traumatique en atténuation depuis quelques mois, notamment grâce à une prise en charge psychologique. Selon la Dre P\_\_\_\_\_, l'évaluation de l'assurée était strictement normale, sans signes de latéralisation moteurs, sensitifs superficiels ou profonds, voire cérébelleux. Les imageries effectuées jusqu'alors ne démontraient pas d'anomalie manifeste. Un traitement était proposé à l'assurée afin d'agir sur les composantes de céphalées post-traumatiques et de tension. La Dre P\_\_\_\_\_ précisait également que l'assurée n'était plus capable de travailler dans le domaine de la restauration, les différentes tentatives pour reprendre son activité s'étant toutes soldées par un échec.

**s.** Le 20 avril 2023, la professeure Q\_\_\_\_\_, médecin-conseil de la SUVA et spécialiste FMH en neurochirurgie, a demandé un *consilium* neuroradiologique au professeur, spécialiste FMH en neuroradiologie. À teneur du rapport médical du 2 mai 2023 établi par ce dernier, l'IRM cérébrale du 2 septembre 2021 ne faisait pas état de lésion structurelle significative. Une absence de signe neuroradiologique en faveur d'une hypotension intracrânienne était notamment relevée. L'IRM du rachis complet du 26 novembre 2021 montrait quant à elle l'absence de brèche durable clairement décelable. Selon le Prof. R\_\_\_\_\_, l'imagerie à disposition révélait une proéminence du canal rachidien (variante anatomique) avec par conséquent une proéminence de l'espace LCR rétro-médullaire. Une collection péri-durale n'était pas clairement mise en évidence. Le

Prof. R\_\_\_\_\_ précisait que la sensibilité de l'IRM était faible pour le diagnostic de brèche durale, de sorte que l'absence de signe dans l'IRM n'excluait pas avec certitude cette atteinte. Il n'existait toutefois pas d'argument neuroradiologique en faveur de ce diagnostic, ni en faveur d'une hypotension intracrânienne.

**t.** Dans une brève appréciation médicale du 14 juillet 2023, la Prof. Q\_\_\_\_\_ a estimé que l'assurée présentait une capacité de travail entière, sans diminution de rendement, compte tenu de l'absence de lésion structurelle objectivable. Il n'existait pas de brèche durale, ni d'hypotension objectivable. Dès le 2 septembre 2021, la capacité de travail de l'assurée était entière. La Prof. Q\_\_\_\_\_ recommandait ainsi à la SUVA de clôturer le cas.

**u.** Le 17 juillet 2023, la SUVA, se fondant sur l'appréciation de la Prof. Q\_\_\_\_\_, a considéré que l'état de santé de l'assurée tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint trois mois après l'évènement et que ses troubles n'avaient plus aucun lien avec l'accident. L'assurée était considérée apte à travailler à 100% dès le 18 juillet suivant, date à compter de laquelle un éventuel traitement médical ne serait plus pris en charge. La SUVA renonçait à exiger la restitution des prestations versées jusqu'alors.

**v.** Par courrier du 19 juillet 2023, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, en sollicitant une réévaluation de son dossier et en soulignant que les rapports médicaux de ses médecins traitants démontraient qu'elle souffrait toujours des séquelles de son accident et qu'elle était encore en incapacité de travail.

**w.** Le 18 octobre 2023, la SUVA a à nouveau soumis le cas à la Prof. Q\_\_\_\_\_, qui a maintenu ses conclusions du 14 juillet 2023 dans son appréciation médicale du 13 novembre, en indiquant qu'aucune atteinte n'était objectivable malgré les divers bilans effectués. La situation de l'assurée était stabilisée dès le 11 novembre 2021, date de la reprise de travail fixée par la Dre I\_\_\_\_\_.

**x.** Par décision sur opposition du 26 janvier 2024, la SUVA a rejeté l'opposition de l'assurée en se référant notamment aux appréciations médicales de la Prof. Q\_\_\_\_\_. La SUVA précisait qu'elle ne considérait pas l'assurée comme étant asymptomatique, mais qu'elle niait l'étiologie accidentelle des troubles persistants au-delà du 18 juillet 2023. Le simple fait que les symptômes douloureux se soient manifestés après son accident ne suffisait pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet évènement, lequel n'avait entraîné, de l'avis de la Prof. Q\_\_\_\_\_, aucune atteinte objectivable. Enfin, le Dr M\_\_\_\_\_ avait retenu le diagnostic de syndrome d'hypotension intracrânienne idiopathique, cet adjectif signifiant que l'atteinte existait par elle-même, ou que la cause de l'atteinte était inconnue. Quant à la suspicion de syndrome d'hypotension du LCR et à la possible fistule à bas bruit, ces diagnostics n'étaient que des hypothèses cliniques qui ne pouvaient être retenues, au degré de la vraisemblance prépondérante, tout comme le lien de causalité

naturelle entre ces potentiels troubles et l'accident de l'assurée. Le lien de causalité naturelle pouvait ainsi être nié après un délai de trois mois à compter de l'accident de l'assurée.

- D. a.** Par acte du 26 février 2024, l'assurée a, sous la plume de son conseil, interjeté recours contre la décision sur opposition rendue par l'intimée en date du 24 janvier précédant, en concluant, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision querellée et au constat, d'une part, que les céphalées dont elle souffrait étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 28 juin 2021 et, d'autre part, que sa capacité de travail était nulle depuis son accident. Elle concluait également à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de reprendre le versement des indemnités journalières rétroactivement au 18 juillet 2023 et de verser les indemnités journalières dues du 27 septembre au 3 novembre 2021, du 11 au 28 novembre 2021 et du 14 juillet 2021 au 31 décembre 2021. À titre subsidiaire, la recourante concluait à la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à trancher la question de la causalité de ses céphalées. Plus subsidiairement, la recourante concluait à l'annulation de la décision querellée et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision.

La recourante faisait notamment grief à l'intimée de n'avoir procédé à aucune distinction, dans son analyse, entre les céphalées liées à l'hypotension du LCR et les céphalées mixtes post-traumatiques de caractère tensionnel et migraineux. Les rapports médicaux de ses médecins-conseils ne comprenaient d'ailleurs aucune analyse relative à cette dernière atteinte. En outre, dans la mesure où l'intimée reconnaissait l'existence d'un lien de causalité pour une durée de trois mois, il lui incombait de démontrer que les atteintes de la recourante n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident.

Par ailleurs, l'intimée s'était prévalu à tort de certificats médicaux établis de façon à permettre à la recourante des tentatives de reprise d'une activité professionnelle pour réduire, respectivement cesser le versement des indemnités journalières du 27 septembre au 3 novembre 2021, du 11 au 28 novembre 2021 et du 14 juillet au 31 décembre 2021, de sorte qu'il lui appartenait de compléter les indemnités journalières relatives aux périodes précitées.

À l'appui de son recours, la recourante a produit un rapport médical du Dr M\_\_\_\_\_ du 8 février 2024. Selon ce dernier, un diagnostic d'hypotension intracrânienne spontanée ou idiopathique était à fortement suspecter compte tenu notamment des éléments cliniques évoquant des céphalées posturales et de la nette amélioration consécutive aux deux premiers *blood patches*. Durant les deux dernières années, les caractéristiques des douleurs de la recourante avaient changé, celles-ci s'apparentant désormais à des céphalées de tension post-traumatique avec un syndrome de jambes sans repos. À cet égard, la recourante remplissait tous les critères diagnostics des céphalées post-traumatiques, compte tenu notamment de l'amnésie post-traumatique partielle et du pseudoméningocèle révélé par les imageries. D'après le

Dr M\_\_\_\_\_, il se justifiait de mettre en œuvre une expertise complémentaire comportant des volets neurologique, neurochirurgical et psychiatrique, avec la possibilité de faire appel à un neuropsychologue pour un complément d'évaluation, afin de déterminer la capacité de travail de la recourante. Enfin, l'amélioration des symptômes orthostatiques n'invalidait pas le diagnostic probable de syndrome d'hypotension spontanée de LCR, ni le fait que ce dernier s'était probablement amélioré à la suite des traitements. Il était impossible, en l'état, d'exclure la présence d'un point fistuleux de LCR car une myélographie dynamique n'avait pas été effectuée.

La recourante a également annexé à son recours le rapport de la Dre P\_\_\_\_\_ du 9 février 2024, lequel mentionnait que la recourante avait initialement souffert de céphalées sur hypotension du LCR compte tenu des effets produits par le premier *blood patch* et des signes cliniques préalablement présents. Les céphalées sur hypotension du LCR initiales s'étaient résolues pour laisser place à des céphalées mixtes post-traumatiques de caractère tensionnel et migraineux non préexistantes à l'accident. Celles-ci étaient à l'origine des échecs des tentatives de reprise, par la recourante, d'une activité professionnelle. Selon la Dre P\_\_\_\_\_, il n'était nullement paradoxal que l'imagerie cérébrale et un examen neurologique fussent normaux. Une capacité de travail entière ne pouvait être retenue comme l'avait fait l'intimée, qui n'avait pas tenu compte des symptômes et de la clinique de la recourante, ni des diagnostics posés par des médecins spécialistes. La recourante souffrait enfin d'insomnies, de cauchemars et d'une anxiété permanente, ce qui n'était pas le cas avant l'accident, étant précisé qu'elle était prise en charge psychologiquement et suivait un traitement médicamenteux en lieu avec les symptômes précités.

**b.** Dans sa réponse du 24 mai 2024, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise, au motif qu'il ne pouvait être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'à compter du 18 juillet 2023, les troubles dont la recourante souffrait étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 28 juin 2021. À cet égard, l'intimée s'est référée à l'appréciation médicale de la Prof. Q\_\_\_\_\_ qui avait constaté l'absence de lésion structurelle objectivable, en particulier l'absence de brèche durale ou autre symptomatologie consécutive à l'évènement initial au degré de la vraisemblance prépondérante.

À l'appui de sa réponse, l'intimée a produit une nouvelle appréciation médicale de la Prof. Q\_\_\_\_\_ du 7 mai 2024, selon laquelle la présence d'une hypotension intracrânienne était peu probable compte tenu de l'analyse du bilan radiologique. Si une brèche durale avait été présente, l'IRM cérébrale aurait dû, plus de quatre mois après l'accident, montrer des signes radiologiques d'une hypotension intracrânienne. La recourante ne présentait aucun signe radiologique en faveur de ce diagnostic. Par ailleurs, au vu de l'absence de lésion intra-parenchymateuse, les éventuels troubles de la concentration ou cognitifs de la recourante n'étaient pas,

au degré de la vraisemblance prépondérante, expliqués par une lésion structurelle. Des céphalées post-traumatiques étaient présentes et cohérentes dans le contexte d'un TCC décrit comme léger par la Dre H\_\_\_\_\_. Elles étaient explicables pour une période de trois à six mois après l'accident initial. Passé cette période, elles ne constituaient plus des suites de l'accident initial au degré de la vraisemblance prépondérante, compte tenu de l'absence de lésion structurelle et de déficit neurologique objectivables.

L'intimée soulignait également que les médecins traitants de la recourante procédaient à une analyse « *post hoc ergo propter hoc* » insuffisante à établir un lien de causalité entre les atteintes de la recourante et son accident. Le Dr M\_\_\_\_\_ faisait en outre preuve d'une grande retenue, tant sur la question du diagnostic que sur celle du lien de causalité entre les troubles présentés par l'assurée et l'accident. Ses appréciations s'apparentaient à des hypothèses et ne permettaient pas de retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, le Dr M\_\_\_\_\_ retenait à tort que la recourante avait souffert d'une amnésie post-traumatique, alors que le service de médecine de premier recours des HUG avait indiqué le contraire. Les rapports des médecins traitants de la recourante, dont la valeur probante était sujette à caution, ne permettait pas de mettre en doute la fiabilité et la pertinence des appréciations médicales de la Prof. Q\_\_\_\_\_, lesquelles se fondaient sur l'analyse des constatations objectives, sur un *consilium* neurologique et sur la littérature médicale pertinente.

**c.** Dans sa réplique du 18 juin 2024, la recourante a rappelé qu'une brèche durale et une hypotension intracrânienne étaient difficiles à identifier au moyen de l'imagerie classique.

À l'appui de sa réplique, la recourante a produit le rapport médical du 5 juin 2024 de la Dre P\_\_\_\_\_. D'après cette dernière, la recourante avait indéniablement présenté une brèche durale compte tenu des caractéristiques des céphalées alors présentes et de leur résolution par le premier *blood patch*. La Dre P\_\_\_\_\_ partageait l'avis de la Prof. Q\_\_\_\_\_ s'agissant de l'absence d'arguments cliniques et radiologiques en faveur de céphalées sur hypotension du LCR, dès lors que la recourante souffrait actuellement de céphalées post-traumatiques persistantes et que les céphalées sur hypotension du LCR n'étaient plus présentes. Les céphalées post-traumatiques mixtes présentées par la recourante étaient directement consécutives à l'accident et étaient de phénotype tensionnel et migraineux. Il s'agissait des céphalées les plus fréquemment rapportées à la suite d'accidents, de chutes et de traumatismes crâniens, même en l'absence de perte de connaissance. Elles s'inscrivaient dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. Selon la Dre P\_\_\_\_\_, le diagnostic de céphalées post-traumatiques était un diagnostic clinique reposant sur les caractéristiques des céphalées présentes et sur le contexte de leur apparition. En cas de céphalées persistantes, l'imagerie permettait essentiellement de s'assurer qu'il s'agissait

bien de céphalées post-traumatiques, de par la normalité de l'imagerie cérébrale, et non de céphalées entretenues par des contusions hémorragiques ou autre problématique intracérébrale. En pareille situation, l'examen neurologique était généralement normal. Les céphalées et le syndrome de stress post-traumatique souvent associé contribuaient à une baisse de rendement et aux difficultés de reprise professionnelle rencontrées par les patients qui en étaient victimes. Les céphalées présentées par la recourante répondaient parfaitement aux critères exigés pour leur diagnostic, à savoir des céphalées nouvelles, apparues dans les sept jours après l'accident et persistant plus de trois mois. Le lien de causalité entre l'accident et les céphalées était quant à lui attesté par l'existence d'un traumatisme crânien, classiquement léger, à l'origine d'une commotion cérébrale, étant précisé que les céphalées post-traumatiques étaient le principal symptôme du syndrome post-commotionnel. La littérature médicale établissait en outre une corrélation entre la survenue précoce de céphalées consécutives à un TCC (moins de sept jours), avec une tendance à des céphalées post-traumatiques persistantes, comme dans le cas de la recourante. La présence de difficultés neuropsychologiques non présentes avant l'accident, de symptômes classiquement retrouvés dans les suites d'une commotion cérébrale post-TCC et l'apparition d'une problématique thymique nouvelle non préexistante ou non problématique avant l'accident démontraient également le lien de causalité entre l'accident subi par la recourante et ses troubles actuels. Enfin, les symptômes présentés par la recourante étaient cohérents avec la littérature traitant des céphalées post-traumatiques et du syndrome de stress post-traumatique.

**d.** Le 7 août 2024, la recourante a transmis à la chambre de céans la copie d'un rapport du Dr M\_\_\_\_\_ du 14 juillet 2024, lequel indiquait ne pas partager l'appréciation de la Prof. Q\_\_\_\_\_ et maintenir son avis selon lequel l'accident avait été suivi d'une hypotension du LCR. Selon le Dr M\_\_\_\_\_, la pseudoméningocèle du névraxe dorsal était typique des pathologies post-traumatiques de ce genre.

**e.** Le 7 octobre 2024, l'intimée a transmis à la chambre de céans une nouvelle appréciation médicale de la Prof. Q\_\_\_\_\_ du 3 octobre précédent, par laquelle cette dernière a maintenu ses précédentes conclusions. La Prof. Q\_\_\_\_\_, se référant au *consilium* radiologique du Prof. R\_\_\_\_\_ et à la première IRM cérébrale effectuée par la recourante, a considéré que cette dernière ne souffrait pas de pseudoméningocèle du névraxe dorsal. Si la présence d'une hypotension clinique ne pouvait pas être exclue, l'absence de signes radiologiques et de collection intracanalair quatre mois après l'accident rendait toutefois ce diagnostic peu probable. Selon les « dernières *guidelines* 2024 » de l'association des sociétés médicales scientifiques d'Allemagne, des céphalées post-traumatiques persistant plus de six à douze mois après l'accident n'étaient pas considérées comme étant liées à l'évènement initial au degré de la vraisemblance

prépondérante, notamment en raison de l'absence de lésion importante avec hématome ou de fracture faciale et perte de connaissance prolongée.

f. Par courrier du 16 octobre 2024, la recourante a précisé que les « *guidelines* » auxquelles se référait la Prof. Q\_\_\_\_\_ ne constituaient pas un document médical, mais simplement des recommandations à l'attention des assureurs, de sorte qu'elles ne représentaient pas une base scientifique et qu'elles ne permettaient pas une prise de proposition à propos du lien de causalité naturelle entre les atteintes observées et l'accident.

## **EN DROIT**

### **1.**

**1.1** 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.

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

Interjeté dans la forme (art. 61 let. b LPGA) et le délai de trente jours (art. 60 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]) prévus par la loi, le recours est recevable.

### **2.** Au sujet des conclusions prises par la recourante tendant au versement des indemnités journalières du 27 septembre au 3 novembre 2021, du 11 au 28 novembre 2021 et du 14 juillet 2021 au 31 décembre 2021, la chambre de céans relève ce qui suit.

**2.1** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent en principe être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par la voie d'un recours. Le juge n'entre donc pas en matière, sauf exception, sur des conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1 et les références).

**2.2** La procédure juridictionnelle administrative peut toutefois être étendue pour des motifs d'économie de procédure à une question en état d'être jugée qui excède l'objet de la contestation, c'est-à-dire le rapport juridique visé par la décision, lorsque cette question est si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on peut parler d'un état de fait commun et à la condition que l'administration se soit

exprimée à son sujet dans un acte de procédure au moins. Les conditions auxquelles un élargissement du procès au-delà de l'objet de la contestation est admissible sont donc les suivantes : la question (excédant l'objet de la contestation) doit être en état d'être jugée ; il doit exister un état de fait commun entre cette question et l'objet initial du litige ; l'administration doit s'être prononcée à son sujet dans un acte de procédure au moins ; le rapport juridique externe à l'objet de la contestation ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision passée en force de chose jugée (ATF 130 V 501 consid. 1.2 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_678/2019 du 22 avril 2020 consid. 4.4.1 et les références).

**2.3** En l'occurrence, la décision du 26 janvier 2024 confirme, sur opposition, la décision du 17 juillet 2023 par laquelle l'intimée a retenu un *statu quo sine* trois mois après l'accident et a mis un terme au versement des indemnités journalières ainsi qu'à la prise en charge d'un éventuel traitement médical à compter du 18 juillet 2023.

La recourante soutient, dans le cadre de son recours, que l'intimée s'est prévalu à tort de certificats médicaux établis en vue de lui permettre des tentatives de reprise d'une activité professionnelle pour réduire, respectivement cesser le versement des indemnités journalières du 27 septembre au 3 novembre 2021, du 11 au 28 novembre 2021 et du 14 juillet au 31 décembre 2021. La recourante sollicite ainsi qu'il soit ordonné à l'intimée de lui verser des indemnités journalières couvrant ces périodes.

Or, force est de constater que dans sa décision du 17 juillet 2023, puis dans sa décision sur opposition du 26 janvier 2024, l'intimée ne s'est pas prononcée sur le versement d'indemnités journalières concernant les périodes précitées, de sorte que les conclusions de la recourante excèdent l'objet de la contestation.

En outre, les conditions auxquelles un élargissement de l'objet de la contestation peut intervenir ne sont pas remplies.

En effet, les conclusions excédant l'objet de la contestation ne sont pas en état d'être jugées puisqu'elles dépendent, au moins en partie, des résultats auxquels aboutira l'instruction complémentaire à laquelle l'intimée devra procéder (*cf. infra*. 7.4) s'agissant de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident de la recourante et la persistance de ses atteintes au-delà de trois mois après l'accident.

Partant, les conclusions prises par la recourante tendant au versement des indemnités journalières du 27 septembre au 3 novembre 2021, du 11 au 28 novembre 2021 et du 14 juillet 2021 au 31 décembre 2021 sont irrecevables.

- 3.** Le litige porte ainsi sur la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme au paiement des indemnités journalières et à la prise en charge d'un éventuel traitement médical pour la période postérieure au 17 juillet 2023,

singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les atteintes présentées par la recourante et l'accident du 28 juin 2021.

**4.**

**4.1** 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. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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

**4.2** L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 356 consid. 3 ; 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1). 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 apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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

**4.2.3** En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en

présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). L'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après un période de latence (par ex., vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes - qui appartiennent, avec les cervicalgies, au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » - apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (SVR 2007 UV n. 23 p. 75 ; arrêt du Tribunal fédéral U 580/06 du 30 novembre 2007 consid. 4.1).

**4.2.4** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). À contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_606/2021 du 5 juillet 2022 consid. 3.2).

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

**4.3.1** En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus

singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

**4.3.2** Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, 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 134 V 109 consid. 2.1 ; 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_559/2023 du 19 février 2024 consid. 3.2). La notion de séquelles organiques objectivables d'accident – en tant que critère de distinction nécessitant l'examen d'une causalité adéquate – est définie par le Tribunal fédéral comme suit : sont considérés comme objectivables les résultats de l'investigation médicale susceptibles d'être confirmés en cas de répétition de l'examen, lorsqu'ils sont indépendants de la personne de l'examineur ainsi que des indications données par le patient. On ne peut ainsi parler de lésions traumatiques objectivables d'un point de vue organique que lorsque les résultats obtenus sont confirmés par des investigations réalisées au moyen d'appareils diagnostiques ou d'imagerie et que les méthodes utilisées sont reconnues scientifiquement (ATF 138 V 248 consid. 5.1, *cf.* également arrêt du Tribunal fédéral 8C\_614/2020 du 7 septembre 2021 consid. 2.2)

**4.3.3** En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 140 V 356 consid. 3.2 ; 134 V 109 consid. 2.1 ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa).

**4.3.4** En cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'examen se fait en revanche sur la base de critères particuliers n'opérant pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, lorsque les symptômes attribuables de manière crédible au tableau clinique typique (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) se trouvent au premier plan (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a) ; toutefois, lorsque les troubles psychiques constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb).

Le Tribunal fédéral a précisé qu'en cas de TCC, un certain degré de sévérité de l'atteinte sous forme d'une *contusio cerebri* était nécessaire pour justifier l'application de la jurisprudence en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue ou de TCC. En revanche, en présence d'un TCC léger, l'examen d'un lien de causalité adéquate s'effectue en

application de la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident (*cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_565/2022 du 23 mai 2023 et les arrêts cités; sur la distinction médicale entre TCC léger et *contusio cerebri*, *cf.* arrêt du Tribunal fédéral 8C\_44/2017 du 19 avril 2017 consid. 4.1).

**4.3.5** Selon la pratique du coup du lapin, l'examen de ces critères doit se faire au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de l'assuré ne peut être attendue de la poursuite du traitement médical relatif aux troubles typiques du coup du lapin – dont les composantes psychologique et physique ne sont pas facilement différenciées – (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_303/2017 consid. 4.1) ou, autrement dit, du traitement médical en général (« *ärztlichen Behandlung insgesamt* » une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré (RUMO-JUNGO / HOLZER, *Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG] 2012 ad art. 6 p. 60*).

## 5.

**5.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 157 consid. 1b). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

**5.2** L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » (ou assimilé ; *cf.* ci-après : consid. 5.2.2) et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 117 V 359 consid. 4b).

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

**5.2.2** Le Tribunal fédéral a également précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri - ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour

trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont – au degré de la vraisemblance prépondérante – au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Il ne suffit pas de relever les circonstances sociales et socio-culturelles défavorables dans lesquelles se trouve l'assuré. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident (ATF 134 V 109 consid. 9.5).

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

**5.3** Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (*cf.* art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points

litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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

**5.4.1** Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. 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).

**5.4.2** Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise dans une procédure au sens de l'art. 44 LPG, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations d'un médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 145 V 97 consid. 8.5 et les références ; 142 V 58 consid. 5.1 et les références ; 139 V 225 consid. 5.2 et les références ; 135 V 465 consid. 4.4 et les références). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

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

judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_301/2013 du 4 septembre 2013 consid. 3).

**5.4.4** Selon une jurisprudence constante, les médecins d'arrondissement ainsi que les spécialistes du centre de compétence de la médecine des assurances de la CNA sont considérés, de par leur fonction et leur position professionnelle, comme étant des spécialistes en matière de traumatologie, indépendamment de leur spécialisation médicale (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_626/2021 du 19 janvier 2022 consid. 4.3.1 et les références).

**5.4.5** Une appréciation médicale, respectivement une expertise médicale établie sur la base d'un dossier n'est pas en soi sans valeur probante. Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). L'importance de l'examen personnel de l'assuré par l'expert n'est reléguée au second plan que lorsqu'il s'agit, pour l'essentiel, de porter un jugement sur des éléments d'ordre médical déjà établis et que des investigations médicales nouvelles s'avèrent superflues. En pareil cas, une expertise médicale effectuée uniquement sur la base d'un dossier peut se voir reconnaître une pleine valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_681/2011 du 27 juin 2012 consid. 4.1 et les références).

**5.4.6** 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 ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (*cf.* ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## 6.

**6.1** Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b et les références ; 125 V 193 consid. 2 et les références ; *cf.* 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références). Aussi

n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et la référence).

**6.2** La procédure dans le domaine des assurances sociales est régie par le principe inquisitoire d'après lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur (art. 43 al. 1 LPGA) ou, éventuellement, par le juge (art. 61 let. c LPGA). Ce principe n'est cependant pas absolu. Sa portée peut être restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire. Celui-ci comprend en particulier l'obligation de ces dernières d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; VSI 1994, p. 220 consid. 4). 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. Cette règle ne s'applique toutefois que s'il se révèle impossible, dans le cadre de la maxime inquisitoire et en application du principe de la libre appréciation des preuves, d'établir un état de fait qui correspond, au degré de la vraisemblance prépondérante, à la réalité (ATF 139 V 176 consid. 5.2 et les références).

**6.3** Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations d'assurance sociales, le fardeau de la preuve incombe en principe à l'assureur-accidents (*cf.* ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). Cette règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). À cet égard, est seul décisif le point de savoir si, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 146 V 271 consid. 4.4), les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus aucun rôle, ne serait-ce même que partiel (*cf.* ATF 142 V 435 consid. 1), et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C\_343/2022 du 11 octobre 2022 consid. 3.2 et les références).

**6.4** Le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

---

dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

7. En l'espèce, l'intimée a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge d'un éventuel traitement médical pour la période postérieure au 17 juillet 2023, en considérant que le *statu quo sine* était atteint trois mois après l'accident et en renonçant à exiger de la recourante qu'elle restitue les prestations versées après cette période.

La recourante fait grief à l'intimée, d'une part, de considérer qu'aucune lésion structurelle n'a été objectivée à la suite de son accident et, d'autre part, d'estimer que cette absence de lésion objectivable entraînerait un défaut du lien de causalité entre l'accident du 28 juin 2021 et les céphalées dont elle souffre.

Pour sa part, l'intimée est d'avis que les atteintes présentées par la recourante ne sont plus en lien de causalité naturelle avec son accident du 28 juin 2021, en se fondant principalement sur les différentes appréciations médicales de sa médecin-conseil, la Prof. Q\_\_\_\_\_, sur lesquelles il sera revenu ci-après.

## 7.1

**7.1.1** La Prof. Q\_\_\_\_\_ considère, s'agissant de l'hypotension intracrânienne évoquée par le Dr M\_\_\_\_\_, que les examens effectués par la recourante ne révèlent pas de lésions structurelles objectivables, ni de signes radiologiques en faveur de ce diagnostic. À cet égard, elle se réfère notamment au rapport médical du Prof. R\_\_\_\_\_ du 2 mai 2023, dans lequel ce dernier indique, après analyse de l'imagerie de la recourante, qu'une brèche durale n'est pas clairement décelable et qu'il n'existe pas de signes neuroradiologiques en faveur d'une hypotension intracrânienne.

La Prof. Q\_\_\_\_\_ précise en outre qu'au vu de l'absence de lésion intra-parenchymateuse, les éventuels troubles de la concentration ou cognitifs de la recourante ne sont pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, expliqués « comme des séquelles d'une lésion structurelle ».

**7.1.2** Concernant les céphalées post-traumatiques dont souffre la recourante, la Prof. Q\_\_\_\_\_ estime qu'elles sont présentes et cohérentes dans le contexte d'un TCC décrit comme léger par la Dre H\_\_\_\_\_. Dans son appréciation du 7 mai 2024, elle indique toutefois que ces céphalées sont explicables pour une période de trois à six mois après l'accident initial. Passé cette période, elles ne constituent plus des suites de l'accident initial au degré de la vraisemblance prépondérante, compte tenu de l'absence de lésion structurelles et de déficits neurologiques objectivables. Dans son appréciation du 3 octobre 2024, la Prof. Q\_\_\_\_\_, se référant aux « dernières *guidelines* 2024 » de l'association des sociétés médicales scientifiques d'Allemagne, explique que des céphalées post-traumatiques persistant plus de six à douze mois après l'accident ne sont pas considérées comme étant liées à l'évènement initial au degré de la vraisemblance prépondérante, notamment en raison de l'absence de lésion importante avec hématome ou de fracture faciale et perte de connaissance prolongée.

**7.1.3** Enfin, la Prof. Q\_\_\_\_\_ estime que les problèmes psychologiques rapportés par la Dre P\_\_\_\_\_ excèdent largement les conséquences d'un évènement tel que l'accident subi par la recourante.

**7.2** Dans la mesure où l'intimée a rendu la décision querellée sans avoir recours à une expertise au sens de l'art. 44 LPGa, il convient d'examiner s'il existe un doute, même minime, sur la fiabilité et la validité des appréciations et conclusions de la Prof. Q\_\_\_\_\_.

**7.2.1** S'agissant tout d'abord de l'hypotension intracrânienne évoquée par le Dr M\_\_\_\_\_, il appert que l'absence de brèche durale ou de lésion structurelle objectivable mentionnée par la Prof. Q\_\_\_\_\_ ressort également du rapport des Drs I\_\_\_\_\_ et J\_\_\_\_\_ du 4 novembre 2021, lequel mentionne que la recourante ne présente pas de signe scanographique de brèche durale, ni d'hypotension/hypertension du LCR.

Par ailleurs, dans son rapport du 2 février 2023, la Dre P\_\_\_\_\_ indique que les imageries effectuées jusqu'alors par la recourante ne démontrent pas d'anomalie manifeste.

À cet égard, les rapports relatifs aux différents scanners et IRM effectués par la recourante confirment effectivement les dires de la Dre P\_\_\_\_\_, à une exception près qu'il convient d'analyser.

Dans son rapport ayant trait à l'IRM du rachis complet effectuée par la recourante en date du 26 novembre 2021, le Dr L\_\_\_\_\_ indique que cette imagerie met en évidence un élargissement rétro-médullaire intracanalair entre D3 et D11, évoquant une collection de LCR sous-durale ou extradurale et faisant suspecter une brèche durale. Ce médecin signale également la présence de protrusions discales étagées entre D4 et D7 et entre D8 et D11. Le Dr M\_\_\_\_\_ a repris les conclusions du Dr L\_\_\_\_\_ dans ses différents rapports, ce qui l'a conduit à

suspecter, puis à retenir le diagnostic d'une hypotension intracrânienne causée par la fuite du LCR en raison d'une brèche durale.

Le Prof. R\_\_\_\_\_ estime toutefois que la proéminence du canal rachidien, avec par conséquent une proéminence de l'espace LCR rétro-médullaire, est une variante anatomique, et qu'une collection périurale n'est pas clairement mise en évidence. Le Dr N\_\_\_\_\_, précédent médecin-conseil de l'intimée, a également indiqué qu'il ne partageait pas les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_ s'agissant de cette imagerie, en mentionnant que la recourante ne présentait pas de collection rétro-médullaire au niveau thoracique, mais plutôt un élargissement constitutionnel du canal médullaire.

Dans le cadre de son appréciation du dossier de la recourante, la Prof. Q\_\_\_\_\_ s'est rangée aux avis du Prof. R\_\_\_\_\_ et du Dr N\_\_\_\_\_.

Cela étant, bien que le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2021 ne fasse pas état, avec certitude, de l'existence d'une brèche durale, il n'en demeure pas moins que son interprétation de l'IRM du 26 novembre 2021, de même que celle du Dr M\_\_\_\_\_, diffère de celles des Profs. Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, ce qui explique également leurs divergences s'agissant de l'existence d'une brèche durale et, par voie de conséquence, d'une hypotension intracrânienne.

À cet égard, le Dr M\_\_\_\_\_ estime, dans son rapport du 2 décembre 2021, que les différentes IRM effectuées par la recourante révèlent une tortuosité des nerfs optiques et un discret épaississement méningé, éléments qui font fortement suspecter un syndrome d'hypotension idiopathique post-traumatique avec possible pseudoméningocèle thoracique. Par la suite, le Dr M\_\_\_\_\_ a confirmé son diagnostic, notamment compte tenu de l'amélioration des symptômes de la recourante après la réalisation des deux premiers *blood patch*. Il précise également, dans son rapport du 8 février 2024, qu'une fistule du LCR et une recrudescence des symptômes y relatifs ne peuvent pas être exclues dans la mesure où l'examen propre à diagnostiquer cette atteinte, à savoir une myélographie dynamique, n'a pas été effectué en raison de la modification de la symptomatologie de la recourante.

À cet égard, bien que le Dr N\_\_\_\_\_ ait indiqué que le scanner cérébral ne mettait pas en évidence d'épaississement de la dure-mère et que la tortuosité des gaines des nerfs optiques était très discrète, il a également précisé que les céphalées orthostatiques dont souffrait la recourante étaient évocatrices d'un syndrome d'hypotension intracrânienne et que les brèches durales étaient souvent difficiles à repérer. Il convient également de souligner que dans son rapport du 5 novembre 2021, le Dr K\_\_\_\_\_ a déclaré, s'agissant du scanner cérébral réalisé la veille par la recourante, qu'une hypotension du LCR ne pouvait pas être exclue. Le Prof. R\_\_\_\_\_ a quant à lui indiqué que la sensibilité de l'IRM était faible pour retenir un diagnostic de brèche durale, de sorte que cette dernière ne pouvait être exclue

avec certitude. Il s'est également contenté d'indiquer qu'il n'existait pas de signe neuroradiologique en faveur d'une hypotension intracrânienne, sans exclure formellement cette hypothèse.

En outre, la Dre P\_\_\_\_\_ a confirmé l'appréciation du Dr M\_\_\_\_\_ dans ses rapports des 2 février 2023 et 8 février 2024, en retenant que la recourante, compte tenu des effets produits par le premier *blood patch* et des signes cliniques, avait initialement souffert d'une brèche durale et de céphalées dues à une hypotension du LCR.

Force est ainsi de constater que les appréciations des médecins de la recourante font douter de la validité des conclusions de la Prof. Q\_\_\_\_\_ relatives à l'absence d'hypotension intracrânienne.

**7.2.2** Les Drs P\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ s'accordent en outre sur le fait que les céphalées dues à l'hypotension intracrânienne de la recourante ont laissé place à des céphalées post-traumatiques, dont la recourante remplit, selon eux, tous les critères diagnostics. La Dre P\_\_\_\_\_ précise à cet égard qu'en pareille situation, l'examen neurologique est normal, tout comme l'imagerie cérébrale, laquelle sert à exclure des contusions hémorragiques ou autre problématique intracérébrale.

La Dre P\_\_\_\_\_ indique que le lien de causalité entre l'accident et les céphalées est quant à lui attesté par l'existence d'un traumatisme crânien, classiquement léger, à l'origine d'une commotion cérébrale, en rappelant que les céphalées post-traumatiques sont le principal symptôme du syndrome post-commotionnel. De surcroît, la Dre P\_\_\_\_\_ mentionne que la recourante présente, depuis l'accident, des difficultés neuropsychologiques et une problématique thymique nouvelle, ce qui démontre également le lien de causalité entre l'accident subi par la recourante et ses troubles actuels. Enfin, la Dre P\_\_\_\_\_ relève que les symptômes présentés par la recourante sont cohérents avec la littérature traitant des céphalées post-traumatiques et du syndrome de stress post-traumatique.

Il convient de relever que l'intimée souligne à raison que le Dr M\_\_\_\_\_ retient à tort, dans son rapport du 8 février 2024, que la recourante a présenté une amnésie post-traumatique partielle. Ses conclusions n'en sont toutefois pas discréditées pour autant, notamment dans la mesure où elles sont largement confirmées par la Dre P\_\_\_\_\_.

Compte tenu de ce qui précède, il appert que, contrairement à ce que soutient l'intimée, les Drs M\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ne se sont pas contentés d'une analyse *post hoc, ergo propter hoc*. Au contraire, les différents rapports médicaux de ces médecins, tous deux spécialistes FMH en neurologie, font douter de la fiabilité et de la validité des appréciations de la Prof. Q\_\_\_\_\_, ce d'autant plus qu'en cas de TCC, la jurisprudence indique qu'un lien de causalité naturelle doit en principe être reconnu en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes, en l'absence de preuve d'un déficit organique fonctionnel (*cf. supra* 4.2.3). Le fait que la recourante ne présente aucune lésion structurelle objectivable

et que l'imagerie soit sans anomalie ne suffit donc pas, dans ce contexte, à exclure le lien de causalité naturelle entre l'accident et les céphalées dont souffre la recourante.

**7.3** Conformément à la jurisprudence citée ci-avant (*cf. supra* 6.4), un renvoi à l'administration reste possible, notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici.

En l'occurrence, la question du lien de causalité naturelle entre les céphalées dont souffre la recourante et son accident doit être élucidée, de même que l'existence d'une potentielle hypotension intracrânienne. En outre, bien que la Dre P\_\_\_\_\_ rapporte que la recourante souffre de certains troubles psychologiques et neuropsychologiques, il appert que l'intimée n'a pas instruit ce volet des plaintes de la recourante. En effet, le suivi psychologique de la recourante ne figure pas au dossier de l'intimée et l'on ignore si la recourante a effectué un bilan neuropsychologique à la suite du bon délivré par la Dre O\_\_\_\_\_ à cette fin en date du 10 mai 2022.

Par ailleurs, il ressort du dossier de l'intimée, s'agissant de l'évènement du 28 juin 2021, qu'un accident de la voie publique avec TCC a été diagnostiqué par le service des urgences des HUG. La Dre H\_\_\_\_\_ a elle aussi retenu que la recourante souffrait d'un TCC léger dans son rapport du 23 novembre 2021, tout comme la Dre P\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 juin 2024. Il convient de préciser que dans son appréciation médicale du 7 mai 2024, la Prof. Q\_\_\_\_\_ a indiqué que « des céphalées post-traumatiques sont présentes et cohérentes dans le contexte d'un traumatisme crânio-cérébral décrit comme léger par la Dre H\_\_\_\_\_ » (p. 15), après avoir pourtant mentionné, quelques pages plus tôt, que la recourante n'avait pas subi de traumatisme crânien lors de son accident (p. 11). Il est donc à tout le moins probable que l'accident de la recourante a provoqué un TCC léger chez cette dernière.

Or, il sied de tenir compte du contexte particulier de l'examen de la causalité des suites d'un TCC, dans lequel il convient d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique, psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique, le Tribunal fédéral indiquant à cet égard qu'il est indispensable de mettre en œuvre une expertise lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronicisation des douleurs. Cette expertise doit déterminer si les plaintes de l'assuré sont crédibles et, au degré de la vraisemblance prépondérante, au moins partiellement en lien de causalité avec un TCC (*cf. supra* 5.2.2). Elle doit également, en cas de confirmation du diagnostic, contenir des renseignements permettant de déterminer si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique, étant souligné que la

manière d'analyser la causalité adéquate n'est pas la même selon que l'on se situe dans la première ou la seconde hypothèse (*cf. supra* consid. 5.2.2).

**7.4** Compte tenu de ce qui précède, il convient de renvoyer la cause à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire dans les domaines neurologique, psychiatrique, et, au besoin, neuropsychologique, avant de rendre une nouvelle décision portant sur le lien de causalité naturelle entre les atteintes présentées par la recourante et son accident et, par conséquent, sur son droit aux prestations à compter du 18 juillet 2023.

Selon la pratique du coup du lapin, un examen de la causalité adéquate ne pourra quant à lui intervenir, dans l'hypothèse où le lien de causalité naturelle serait confirmé par l'expertise administrative, qu'au moment où aucune amélioration significative de l'état de santé de la recourante ne pourra être attendue de la poursuite du traitement médical en général (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et consid 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C\_303/2017 consid. 4.1).

- 8.** Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision querellée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise, dans le respect du choix consensuel de l'expert (*cf.* art. 7j al. 1 et 2 OPGA), et nouvelle décision au sens des considérants.
- 9.** La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'un avocat, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée au titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. f<sup>bis</sup> 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 janvier 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour mise en œuvre d'une expertise et nouvelle décision au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité de procédure de CHF 2'500.-.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. 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

Adriana MALANGA

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