

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2723/2014

ATAS/724/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 28 septembre 2015

9^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Henri NANCHEN

recourante

contre

SUVA Caisse nationale en cas d'accidents, sise Fluhmattstrasse 1,
LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître Didier ELSIG

intimée

Siégeant : Catherine TAPPONNIER, Présidente; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née en 1986, étudiante, travaillait à temps partiel en qualité d'employée de boulangerie/tea room pour B_____ SA à Meyrin depuis janvier 2011 et était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20) auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents SUVA (ci-après l'assureur).
2. Après avoir obtenu sa maturité en septembre 2011, l'assurée s'est inscrite à l'Université de Genève en faculté des lettres pour le semestre d'automne 2011.
3. Le 2 octobre 2011, alors que l'assurée était arrêtée à un feu de circulation au volant de son véhicule, celui-ci a été percuté par l'arrière par un conducteur en état d'ébriété roulant à 80-90 km/h. Suite au choc, la voiture de l'assurée a été projetée à 30 m, après avoir au préalable effectué plusieurs tête-à-queue (rapport de police du 16 novembre 2011), puis a pris feu, lequel a pu être maîtrisé à temps (déclaration du 2 octobre 2011 de Monsieur C_____, témoin). Les pompiers ont dû procéder à la désincarcération de l'assurée. Aucune trace de freinage n'était visible sur la chaussée. Les importants dégâts occasionnés sur la voiture de l'assurée démontraient la violence du choc. Vu les circonstances et la gravité de l'accident, les véhicules ont été placés sous séquestre (rapport de police du 16 novembre 2011). La voiture de l'assurée a été totalement détruite (rapport du 7 octobre 2011 de l'office cantonal des automobiles et de la navigation).
4. L'assurée a été hospitalisée du 2 octobre au 27 décembre 2011 aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), puis transférée à la clinique genevoise de Montana.
5. Le CT-Scan cérébral du 2 octobre 2011 était sans anomalie décelable, il n'y avait ni fracture crânio-faciale, ni cervicale (rapport du 3 octobre 2011 de la doctoresse D_____, spécialiste en radiologie auprès des HUG).
6. Selon les déclarations de l'assurée du 5 octobre 2011, elle avait subi un traumatisme crânien, des points de suture sur la tête, trois côtes fracturées, plusieurs fractures du sacrum et des cotyles, des hématomes et des contusions multiples.
7. L'assureur a pris en charge les suites du cas par le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais médicaux.
8. Par rapport du 10 novembre 2011, le docteur E_____, médecin interne aux HUG, a diagnostiqué une fracture de l'arc postérieur des côtes 8, 9 et 10 à droite, une fracture plurifragmentaire du cotyle droit (toit, colonne antérieure et postérieure), une fracture de la colonne antérieure du cotyle gauche, une fracture du sacrum, un hématome du quadriceps gauche, une minime contusion pulmonaire sous-pleural postéro-basal droite, un traumatisme crânio-cérébral (ci-après TCC) léger avec amnésie circonstancielle et cervicalgie.

9. Selon un entretien téléphonique du 22 novembre 2011 de l'assureur avec Madame F_____, mère de l'assurée, celle-ci retrouvait peu à peu la mémoire, elle n'avait cependant pas de souvenir de son accident et souffrait d'une perte de concentration.
10. Le 6 décembre 2011, Monsieur G_____, collaborateur auprès de l'assureur, s'est entretenu avec l'assurée. Celle-ci se plaignait notamment de douleurs au niveau du bassin, de la colonne cervico-dorsale, de vertiges et de crises d'angoisse. Selon lui, les circonstances de l'accident avaient un caractère dramatique pouvant avoir une incidence au niveau psychologique. Les atteintes étaient multiples, notamment au bassin et à la colonne vertébrale pouvant laisser des séquelles invalidantes au niveau de la mobilité et des facultés de concentration. L'assurée avait interrompu ses études pour une longue durée.
11. Selon une note téléphonique du 13 décembre 2011, la mère de l'assurée a expliqué à l'assureur que sa fille devait subir des tests neurologiques car elle avait encore des troubles de la mémoire et de la concentration, ainsi que des vertiges et des nausées qui étaient toutefois en diminution.
12. Le 20 décembre 2011, le docteur H_____, médecin interne aux HUG, a noté dans la demande d'admission à la clinique genevoise de Montana que l'assurée avait subi un accident de voiture provoquant plusieurs fractures, un TCC, une perte de connaissance et une amnésie circonstancielle.
13. Dans la lettre de sortie du 26 décembre 2011, la doctoresse I_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et le Dr H_____ ont rappelé les diagnostics. L'assurée présentait également des vertiges positionnels paroxystiques bénins post-traumatiques. Son véhicule avait été percuté par l'arrière provoquant un traumatisme crânien avec perte de connaissance et une amnésie circonstancielle. La rééducation à la marche était lentement favorable en raison notamment des vertiges. L'assurée ne présentait pas de signes de stress post-traumatique ou de la lignée psychotique. Elle exprimait néanmoins beaucoup de colère et d'injustice en lien avec son accident. L'assurée devait poursuivre sa physiothérapie de rééducation à la marche à sec et en piscine, le renforcement et le reconditionnement global ainsi que la mise en charge sur son membre inférieur droit. Sa capacité de travail était nulle. Le bilan neuropsychologique des 3 et 7 novembre 2011 mettait en évidence des troubles attentionnels légers à modérés, se manifestant par un ralentissement lors des tâches qui requéraient des ressources exécutives ou attentionnelles complexes. Ces déficits correspondaient aux plaintes mentionnées par l'assurée. Ces troubles attentionnels expliquaient également les difficultés de mémoire prospective (rendez-vous, tâches à faire) remarquées dans le quotidien par la patiente. Le tableau neuropsychologique était compatible avec les séquelles provoquées par un TCC léger.
14. Du 29 décembre 2011 au 18 janvier 2012, l'assurée a séjourné à la clinique genevoise de Montana pour la suite du traitement et la rééducation à la marche

(rapport du 15 février 2012 du docteur J_____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation).

15. Les 27 janvier et 22 février 2012, un entretien a eu lieu entre l'assureur et l'assurée. Celle-ci avait des douleurs dans toute la région du bassin, diverses douleurs musculaires au dos, aux cervicales, aux cuisses et aux bras, des difficultés de concentration et des problèmes de mémorisation. Elle était plus irritable depuis l'accident.
16. Le 9 mars 2012, une imagerie à résonance magnétique (ci-après IRM) du bassin a mis en évidence un trait de fracture du cotyle droit encore bien visible contenant du tissu de granulation, une discrète irrégularité de la surface articulaire en regard, pas de corps libre, une suspicion d'une fissuration du labrum antéro-supérieur et une probable fissuration cartilagineuse du cotyle supérieur. A gauche, on retrouvait le fragment osseux libre (rapport du Professeur K_____, spécialiste FMH en radiologie).
17. Le 21 mars 2012, un CT-scanner du bassin a permis de constater une fracture du cotyle droit pratiquement non déplacée et consolidée et une fracture du cotyle gauche non déplacée et consolidée (rapport du 22 mars 2012 des docteurs L_____ et M_____, spécialistes FMH en radiologie).
18. Le 26 mars 2012, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI).
19. Par rapport du 29 mars 2012, le Dr E_____ a indiqué que l'assurée présentait un retard de consolidation de la fracture du cotyle droit. Il fallait s'attendre à un dommage, soit une arthrose de la hanche.
20. Le 23 avril 2012, le docteur N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive et des troubles cognitifs (concentration et mémoire à court terme) directement liés à l'accident. Le pronostic était favorable concernant la symptomatologie dépressive. Il ne pouvait se prononcer pour le reste.
21. Par rapport du 1^{er} mai 2012, le docteur O_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué un status après fracture transverse du cotyle avec retard de consolidation et un status après TCC avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle et antérograde. L'assurée l'avait consulté pour un deuxième avis. Il lui avait conseillé d'épargner son membre inférieur droit et de refaire un CT-scanner en juin avant de décider un éventuel traitement chirurgical stabilisateur. La deuxième page du rapport du Dr O_____ est illisible.
22. Par certificat du même jour, le Dr O_____ a expliqué qu'en cas de persistance d'une pseudarthrose, il faudrait envisager un traitement chirurgical stabilisateur. Le pronostic de la lésion était donc encore réservé et quoi qu'en soit l'issue, toute fracture articulaire engendrait un risque arthrogène à moyen ou long terme.

23. Le 11 mai 2012, une IRM encéphalique a été effectuée à la demande du Dr E_____ en raison des céphalées et des troubles de l'attention présentés par l'assurée depuis le traumatisme crânien. Par rapport du 14 mai 2012, le docteur P_____ spécialiste FMH en radiologie, a constaté une dilatation des espaces de Virchow-Robin pariétaux droits, atypique, variante de la norme. Il a relevé qu'une association entre la dilatation des espaces de Virchow-Robin et un traumatisme crânien avait été décrite (cf. Q_____ et al. Radiographics 2007).
24. Par rapport du 4 septembre 2012, le docteur L_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué que le CT-Scan effectué ce jour-là montrait la consolidation de la fracture non déplacée du cotyle des deux côtés.
25. Le 19 septembre 2012, l'assurée a débuté ses cours à la faculté de droit de l'Université de Genève.
26. A la demande du Dr E_____, par rapport du 3 octobre 2012, Monsieur R_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP et Madame S_____, master en psychologie et stagiaire en neuropsychologie auprès des HUG, ont présenté leurs conclusions suite à un bilan neuropsychologique effectué les 10 juillet et 28 août 2012. Ils ont notamment rappelé que l'assurée avait subi un polytraumatisme avec notion de perte de connaissance et amnésie circonstancielle. Le CT-cérébral avait été normal et les examens des 3 et 7 novembre 2011 mettaient en évidence des troubles attentionnels et exécutifs modérés.

L'assurée se plaignait spontanément de difficultés de concentration et de mémoire. Elle avait des difficultés à comprendre et à retenir ce qu'elle lisait, oubliait les rendez-vous non récurrents, perdait le fil du discours et avait de la peine à suivre une conversation impliquant plusieurs personnes, ce qu'elle ne ressentait pas avant son accident. Il lui fallait en général plus d'effort mental pour se concentrer et pour accomplir de nombreuses tâches et se fatiguait rapidement. Elle avait une vision un peu floue quand elle était fatiguée et était plus souvent sujette à des céphalées lorsqu'elle devait se concentrer. De plus, elle avait des sensations de nausées lorsqu'elle utilisait longtemps l'ordinateur ou regardait la télévision. Enfin, elle avait de fortes douleurs à la hanche, ce qui affectait son humeur.

L'assurée était collaborante et impliquée, ne montrait pas de signes patents de fatigue au cours de l'examen, bien qu'elle affirmait que les épreuves lui demandaient beaucoup d'effort mental.

En comparaison avec le dernier bilan, l'examen actuel mettait en évidence une péjoration des performances dans l'ensemble des épreuves attentionnelles et exécutives administrées. M. R_____ et Mme S_____ ont retenu la présence d'un déficit attentionnel modéré à sévère (attention sélective, divisée, soutenue) se répercutant également sur le rendement dans des tâches exécutives informatisées impliquant des réponses rapides (épreuves d'inhibition, de flexibilité mentale, rendement limité dans une tâche de mise à jour en mémoire de travail). Les

performances dans les tests de mémoire antérograde verbale et visuelle se situaient dans les normes supérieures.

Ces déficits étaient compatibles avec les plaintes de l'assurée et pouvaient expliquer partiellement les difficultés mnésiques qu'elle relatait. M. R_____ et Mme S_____ ont relevé que la situation ainsi que les répercussions émotionnelles (préoccupations, lassitude) engendrées et les douleurs récurrentes dont elle souffrait étaient également susceptibles d'interférer avec le tableau cognitif. Pour ces motifs, la péjoration des troubles neuropsychologiques était à mettre en lien avec les troubles psychiques réactionnels pour lesquels elle était déjà suivie.

27. Par rapport du 1^{er} décembre 2012, le Dr O_____ a indiqué que le diagnostic était inchangé. Un CT-Scan du 4 septembre 2012 avait montré la consolidation de la pseudarthrose de la fracture du cotyle avec une incongruence dans la région supéro-interne du cotyle. Il persistait des douleurs mécaniques avec boiterie limitant fortement le périmètre de marche. Il fallait s'attendre au développement d'une coxarthrose. La deuxième page du rapport du Dr O_____ est illisible.
28. Lors des entretiens qui ont eu lieu entre l'assureur et l'assurée en 2012, l'assurée a fait état notamment de ses douleurs cervicales (entretiens des 13 avril, 18 mai, 5 juin, 24 août, 14 septembre, 23 octobre et 26 novembre 2012).
29. Par rapport du 21 janvier 2013, le Dr E_____ a indiqué que l'évolution était lentement favorable, mais il persistait des douleurs à la mise en charge du membre inférieur droit. Le périmètre de marche se limitait à quelques centaines de mètres. Il fallait s'attendre à une arthrose de la hanche précoce.
30. Par rapport du 21 janvier 2013, le Dr N_____ a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec perturbations émotionnelles mixtes. L'assurée avait recommencé des études universitaires dès la rentrée 2012. Elle peinait à se concentrer durant les cours et lorsqu'elle étudiait. Le bilan neuropsychologique avait confirmé un déficit attentionnel modéré à sévère. L'assurée n'avait pas digéré l'accident, était toujours révoltée contre la personne qui l'avait provoqué, et était inquiète quant à son avenir professionnel et concernant ses douleurs chroniques.
31. Le 31 janvier 2013, le docteur T_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement, a procédé à un examen de l'assurée. Par rapport du 1^{er} février 2013, il a rappelé qu'au moment de l'accident, elle avait eu un TCC avec une plaie au niveau du cuir chevelu. C'était la seule cicatrice qu'elle avait conservée de l'accident. Par moment elle avait des douleurs au niveau du crâne, une gêne. Elle avait l'impression que quelque chose "lui tape sur la tête" et il n'y avait pas eu, dans les six derniers mois, d'aggravation à ce niveau-là. Sur le plan orthopédique, elle avait des douleurs quotidiennes importantes à la hanche droite. Elle avait des difficultés pour monter et descendre les escaliers, elle se tenait à la rampe pratiquement en permanence, elle notait une diminution de la vitesse de marche et son périmètre de marche était aux alentours de 500 m. L'assurée n'arrivait pas à courir. Pendant les cours, elle était obligée de mettre un coussin sur son siège et

était parfois obligée, en raison des douleurs, de sortir du cours. Sur le plan sportif, avant son accident, l'assurée faisait de la gymnastique rythmique sportive (quatre heures par semaine), de la marche, de la course à pied, du ski, du snowboard, du vélo et de la natation parfois. Elle n'avait pas conduit depuis son accident. Sur le plan neurologique, l'assurée évoquait au niveau de l'aîne gauche une zone d'environ 5 cm par 2 cm où elle n'avait plus de sensibilité à la douleur (probable lésion d'un nerf sensitif lors de l'accident). Le médecin a conclu que sur le plan clinique, l'assurée présentait une limitation fonctionnelle de la hanche droite et sur le plan radiologique, des séquelles de fracture des deux cotyles avec plus d'atteinte du côté droit. Sur le plan professionnel, l'assurée souhaitait devenir avocate. A l'heure actuelle, le médecin estimait que le cas ne paraissait pas suffisamment stabilisé pour faire un bilan asséurologique. Par ailleurs, l'indication à une prothèse de hanche devait être évaluée dans les années à venir. Le médecin proposait une conduite attentive pour l'instant car la situation personnelle, sociale et professionnelle de l'assurée n'était pas stable. Sur le plan neurologique et neuropsychologique, le médecin proposait que le cas soit évalué par un spécialiste.

32. A la demande du docteur U_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant, le docteur V_____, spécialiste FMH en neurologie, électroencéphalographie et électromyographie a examiné l'assurée. Par rapport du 11 février 2013, le Dr V_____ a indiqué notamment qu'il avait fallu deux heures pour désincarcérer l'assurée et que c'était lorsqu'elle était dans le scanner qu'elle avait repris conscience d'elle-même. Dans les mois qui avaient suivi le traumatisme, des céphalées interféraient avec la lecture, l'usage d'un ordinateur ou la télévision. L'assurée faisait souvent de cauchemars, se montrait irritable. Elle avait de la peine à se concentrer, à faire plusieurs choses à la fois, à intégrer deux discussions simultanées. Des examens neuropsychologiques avaient été effectués à l'hôpital, puis en août 2012, qui avaient corroboré ce fait révélant des troubles exécutifs et attentionnels. L'anamnèse dirigée révélait la persistance de troubles de la concentration et de la mémoire, l'assurée éprouvait des difficultés à fixer le contenu de ses lectures, parfois la vue se brouillait quand elle lisait. Elle se disait irritable, parfois en colère ou triste. Il lui arrivait aussi d'interposer une lettre à la place d'une autre quand elle écrivait, de prononcer des mots de travers quand elle parlait, rendant parfois ses phrases inintelligibles, surtout lorsqu'elle lisait à haute voix. La lettre de sortie du 26 décembre 2011 ne mentionnait pas l'incidence de l'accident sur le cerveau. Le rapport neuropsychologique de juillet et août 2012 concluait à un déficit attentionnel modéré à sévère en bonne corrélation avec les plaintes. Le Dr V_____ a expliqué avoir effectué un électroencéphalogramme (ci-après EEG) le 22 janvier 2013 et une IRM le 24 janvier 2013. Celle-ci ne mettait pas en évidence de contusions cérébrales.

Selon le Dr V_____, les plaintes de l'assurée qui faisaient suite à son TCC et qui associaient des troubles de la concentration, du caractère et des fonctions exécutives étaient en bonne corrélation avec ce que l'on observait généralement dans ces

circonstances et ce qui avait bien été documenté par les examens neuropsychologiques en été 2012. Le fait de ne pas visualiser les contusions cérébrales à l'IRM ne changeait rien à cette appréciation. Ces dysfonctions, bien qu'assez discrètes pour ne pas interférer avec le projet d'études de droit, pouvaient avoir des répercussions sur leur accomplissement. Il ne fallait pas être surpris que ces troubles cognitifs et comportementaux ne soient pas cités dans la lettre de sortie des HUG, puisque les médecins s'étaient essentiellement préoccupés des nombreuses fractures. L'accent qu'ils mettaient sur les troubles du comportement alimentaire de l'assurée ne prenait pas en compte ce syndrome psycho-organique. Par ailleurs, les troubles de la sensibilité sur la face antéro-supérieure de la cuisse gauche étaient bien localisés; vu les nombreuses fractures, on pouvait imaginer que cette petite branche nerveuse, strictement sensitive, avait été lésée. Il n'avait par contre pas d'explication satisfaisante aux troubles sensitifs des orteils et des doigts, épisodiques, survenus depuis l'accident. Enfin, il avait été frappé par un discret signe de Trendelenburg à droite pour lequel l'avis d'un orthopédiste l'intéressait.

A son rapport était joint un rapport EEG du 23 janvier 2013, concluant à un tracé très artéfacté, mal structuré, verbalement (*recte* : globalement) ralenti et un peu asymétrique car plus lent et plus ample à gauche. Pas de focalisation particulière, ni d'élément irritatif.

33. Par rapport du 21 février 2013, le Dr O_____ a indiqué que l'évolution était linéaire. L'assurée présentait une douleur importante au démarrage le matin et marchait avec une boiterie. A pas lents, le périmètre de marche était d'environ dix minutes et la station verticale ne pouvait pas excéder une heure. L'assurée poursuivait la physiothérapie. A terme, cette patiente allait être candidate à une prothèse totale de hanche.
34. A la demande de l'assureur, Monsieur W_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie, a examiné l'assurée le 26 juin 2013. Par rapport du 26 avril (*recte* : juin) 2013, M. W_____ a rappelé que le scanner cérébral aux HUG était sans anomalie décelable et l'IRM de mai 2012 confirmait qu'il n'existait aucune lésion. En revanche, un EEG pratiqué en janvier 2013 concluait à un tracé très artéfacté, mal structuré, verbalement (*recte* : globalement) ralenti et un peu asymétrique car plus lent et plus ample à gauche. En tenant compte de l'amnésie et de l'absence de lésions à l'IRM, on se trouvait probablement face à un TCC léger.

L'assurée était rentrée d'un voyage aux États-Unis le 23 juin, mais elle ne s'estimait plus en décalage horaire au moment du rendez-vous. Elle se plaignait essentiellement de troubles de la concentration qui provoquaient des difficultés mnésiques. Elle notait aussi qu'elle tendait à confondre à la lecture certains graphèmes, alors qu'elle n'avait jamais été dyslexique. Elle avait échoué aux deux examens de droit auxquels elle s'était présentée fin mai. L'expression verbale de l'assurée était vive et différenciée.

M. W_____ a diagnostiqué des troubles attentionnels modérés dans les tâches à composante exécutive, un ralentissement attentionnel sévère dans des tâches exigeantes (informatisées) et un déficit en récupération en mémoire verbale. Il constatait une fatigabilité dans une tâche d'attention soutenue. De même, dans une tâche avec pression temporelle, la mémoire de travail était altérée alors qu'elle était préservée dans des tâches où le critère temps était moins prégnant. Il n'y avait aucun signe clinique de défaut d'effort face aux tâches. Dans l'ensemble, le profil des troubles restait plus ou moins superposable à celui d'octobre 2012. On retrouvait le déficit attentionnel modéré à sévère, avec ralentissement et déficit de plusieurs tâches et notamment dans celles à composante exécutive. La reconnaissance visuelle était nettement moins bonne. S'agissant de la mémoire verbale, il avait mis en évidence un déficit de rappel différé qui n'était pas présent en 2012.

Les troubles identifiés pouvaient être considérés comme compatibles avec les séquelles d'un TCC léger. Ils étaient stables depuis un an et cohérents avec les difficultés que l'assurée rapportait dans son quotidien. Elle estimait avoir rencontré moins de difficultés dans ses études au semestre de printemps qu'au semestre d'hiver, jugeant avoir eu plus de facilité à se concentrer en auditoire par exemple, mais elle avait échoué aux deux examens auxquels elle s'était présentée en mai alors qu'elle avait réussi l'un d'entre eux, à blanc, en janvier. La question de la participation d'une dimension psychologique dans l'intensité des troubles restait posée. Elle était possible, mais une part importante de ces perturbations paraissait elle-même résulter de l'accident. Les troubles cognitifs étaient compatibles avec ce que l'on pouvait observer dans le cas de lésions cérébrales sous-corticales.

Par conséquent, on pouvait considérer que les troubles neuropsychologiques étaient en lien de causalité certain avec l'événement accidentel. On pouvait estimer que ces troubles étaient probablement stables et peu susceptibles d'amélioration. Cela étant, l'assurée se disait très volontaire et convaincue qu'elle pourrait récupérer.

Après avoir expliqué les limitations fonctionnelles engendrées par ces troubles, M. W_____ a indiqué que dans des tâches d'exigence moyenne de type administratif, où il fallait gérer un flux d'informations, traiter des dossiers à échéance donnée, initier des opérations précises etc., le rendement pouvait être considéré comme diminué de l'ordre de 30%. Compte tenu des troubles identifiés, des études de droit, discipline requérant de bonnes compétences mnésiques, étaient peu adaptées. Jusqu'à un certain point toutefois, l'assurée, qui présentait de bonnes compétences en organisation et très probablement une bonne efficacité intellectuelle, pouvait pallier ses troubles par le développement de stratégies d'apprentissage adaptées. L'atteinte à l'intégrité était modérée au sens des tables de la SUVA (20%).

35. Par certificat du 10 juillet 2013, le Dr U_____ a jugé l'assurée inapte à passer des examens au mois d'août 2013. Elle souffrait de troubles de la concentration liés à une perte de connaissance de six heures suite au TCC. Ses études de droit avaient

montré que sa concentration s'améliorait, mais pas au point d'être performante pour passer actuellement des examens.

36. A la demande de l'assurée, la faculté de droit de l'université de Genève a accepté qu'elle refasse sa 1^{ère} année d'études.
37. Par rapport du 13 juillet 2013, le Dr O_____ a noté une évolution linéaire et cliniquement une réduction des amplitudes en rotation qui étaient aligues. L'assurée allait être candidate à une prothèse totale de hanche.
38. Par rapport du 16 août 2013, la doctoresse X_____, spécialiste FMH en radiologie, a indiqué notamment que la radiographie du bassin effectuée à cette date ne démontrait pas de déplacement significatif des structures osseuses. Elle a noté la mise en évidence d'une solution de continuité radio-transparente traversant le fond du cotyle à droite.
39. Par rapport du 20 septembre 2013, le Dr O_____ a noté que le bilan radiologique précité montrait un pincement modéré coxo-fémoral droit supéro-interne non décrit par la radiologue. Il fallait s'attendre à une coxarthrose post-traumatique évolutive, à titre de dommage permanent.
40. Par rapport du 24 septembre 2013, le docteur Y_____, spécialiste en radiologie, a indiqué que la radiographie de la colonne cervicale et des genoux de l'assurée était normale.
41. Par rapport du 30 octobre 2013, le professeur Z_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur aux HUG, a indiqué avoir examiné l'assurée en mars 2012 et avoir constaté une probable pseudarthrose de l'acétabulum pour laquelle une intervention serait indiquée. L'assurée n'avait pas donné son accord pour l'instant.
42. Le 4 novembre 2013, la doctoresse AA_____, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assureur, a procédé à l'examen final de l'assurée. Par rapport du lendemain, ce médecin a noté que sur le plan orthopédique, la situation était stabilisée. L'assurée présentait des douleurs à la hanche droite quotidiennes, augmentées par le mauvais temps, par les positions assises prolongées, par les positions debout prolongées qui étaient au maximum de dix minutes, par les escaliers et par les pentes, aussi bien en montée qu'en descente et qui l'obligeaient à s'aider de la rampe. Parfois, elle présentait des gonalgies aiguës droites et des douleurs sacrées modérées. Elle était obligée de marcher très lentement à plat, au maximum dix minutes. A la moindre marche rapide, les douleurs devenaient intolérables et l'obligeaient à ralentir. Une hypoesthésie du pli de l'aîne persistait ainsi qu'une insensibilité des orteils. L'assurée relevait des douleurs à la base du crâne avec des contractures cervicales et de la ceinture scapulaire. Le Prof. Z_____ avait proposé la pose d'une prothèse totale de hanche et le Dr O_____ avait proposé de temporiser. Le médecin d'arrondissement a noté qu'objectivement, il existait un léger pincement sur la radiographie à droite avec les signes de l'ancienne fracture, les mobilités étaient diminuées au niveau de la hanche droite. Les limitations

fonctionnelles étaient la station debout prolongée, la station assise prolongée, les terrains irréguliers, les échelles, les escabeaux, les longues marches. L'assurée nécessitait de pouvoir alterner les positions debout et assise. En tant que traitement, il fallait prévoir la prise d'anti-inflammatoires et d'anti-douleurs à doses modérées de l'ordre de un à deux comprimés par jour sur le long terme, la physiothérapie pouvait être pratiquée en voie progressivement dégressive sur encore un an et les contrôles médicaux devaient être espacés avec un maximum de quatre par an. L'assurée avait droit à une rechute.

S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, la Dresse AA_____ a noté la persistance de douleurs importantes en raison de la fracture comminutive du cotyle droit, une mobilité un peu diminuée et sur les radiographies un pincement modéré. Selon la table 5 de la SUVA concernant l'arthrose, une coxarthrose moyenne était évaluée de 10 à 30%. En l'occurrence, l'atteinte à l'intégrité était de 10% au vu du status après fracture comminutive du cotyle avec radiologiquement un pincement.

43. L'assureur a soumis le dossier de l'assurée au docteur AB_____, spécialiste FMH en neurologie et médecin d'arrondissement. Par rapport du 22 novembre 2013, ce médecin a conclu que les troubles cognitifs dont l'assurée faisait état n'avaient pas été provoqués par le TCC léger du 2 octobre 2011. Il a notamment relevé qu'un conducteur, sans avoir freiné préalablement, était entré en collision avec le véhicule de l'assurée, de sorte que celui-ci avait été projeté vers l'avant sur une distance de 30 m environ. Le procès-verbal de police ne faisait pas état d'une éventuelle perte de connaissance. Le Ct-Scan n'avait révélé ni pathologie cérébrale, ni fractures crâniennes, ni fractures du squelette facial, ni fracture du rachis cervical. Il disposait de l'IRM du 11 mai 2012.

A titre d'appréciation, le médecin a relevé notamment que le véhicule avait été projeté vers l'avant par un autre véhicule. L'assurée présentait une lacune mnésique relative à l'événement. Aucune blessure de la région de la tête n'était documentée. Les imageries effectuées le jour de l'accident et par la suite n'avaient pu mettre en évidence des conséquences du traumatisme. L'assurée avait été victime d'un TCC léger. Les Drs N_____, V_____ et W_____ estimaient que l'assurée souffrait de troubles cognitifs suite à l'accident. L'assurée n'avait pas réussi à surmonter complètement ses problèmes de santé en raison d'un trouble de l'adaptation. Selon le Dr AB_____, les troubles neuropsychologiques n'avaient pas été provoqués par le TCC léger du 2 octobre 2011, car les résultats des tests neuropsychologiques effectués n'étaient pas homogènes et il n'y avait pas eu de validation des symptômes. Il ne semblait pas plausible que la fluence verbale, les fonctions exécutives dans leur ensemble et la mémoire immédiate ne soient pas atteintes elles aussi, lorsque les performances attentionnelles étaient réduites à ce point. En outre, en principe, l'évolution suite à une lésion cérébrale traumatique était positive, de sorte que les troubles cognitifs s'amélioreraient avec le temps. Le TCC ne pouvait pas être rendu responsable de l'aggravation des performances neuropsychologiques survenues entre le mois d'août 2012 et le mois de juin 2013. Partant, des facteurs

non organiques ou étrangers à l'accident entraient en considération. Par ailleurs, les patients souffrant de troubles de l'attention très marqués étaient caractérisés par un ralentissement généralisé. Ils étaient peu endurants et avaient besoin de pauses. L'assurée n'avait pas fait état de telles difficultés. Elle avait pu commencer ses études en automne 2012 et était capable de suivre les cours plus ou moins normalement. Sur le plan de l'expression orale, M. W_____ la décrivait comme vive et différenciée. On ne pouvait aucunement s'attendre d'une personne souffrant d'une atteinte cognitive importante qu'elle présente de telles caractéristiques. Enfin, on devrait pouvoir déceler une atteinte morphologique évidente si l'on voulait expliquer la persistance de troubles neuropsychologiques d'un degré de gravité moyenne, voire sévère, plus de vingt mois après l'accident.

44. Par pli du 12 décembre 2013 à l'assurée, l'assureur a indiqué qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Il mettait donc fin au versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014 et à la prise en charge des frais médicaux, hormis des contrôles médicaux espacés avec un maximum de quatre par an, des séances de physiothérapie en voie progressivement dégressive sur encore une année et le traitement à base d'anti-inflammatoires et d'anti-douleurs à doses modérées de l'ordre de un à deux comprimés par jour sur le long terme. Les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle dès le 1^{er} avril 2014 allaient être examinées et l'assurée allait être renseignée sur ce point dès que possible. Outre une éventuelle rente d'invalidité, l'assurée avait droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après IPAI) de CHF 12'600.-.
45. Lors des entretiens entre l'assureur et l'assurée en 2013, celle-ci a notamment fait état de ses douleurs aux cervicales (les 31 janvier, 25 février, 25 mars, 23 avril, 27 mai, 27 juin, 8 août, 12 septembre, 24 octobre et 12 décembre 2013).
46. Le 24 janvier 2014, l'assurée a contesté le taux de l'IPAI retenu et les séances de physiothérapie prises en charge. En outre, il fallait tenir compte des atteintes neuropsychologiques retenues par M. W_____. Les conclusions du Dr AB_____, qui ne l'avait pas examinée, et qui se justifiaient par des généralités, n'étaient pas probantes. Par ailleurs, le volet psychique n'avait pas été examiné. L'IPAI devait s'élever à tout le moins à 30%.
47. Par rapport du 4 février 2014, le Dr T_____ a proposé à l'assureur d'accepter trois fois neuf séances de physiothérapie par an afin de conserver une capacité totale de travail dans un emploi adapté. L'IPAI n'était pas à modifier, mais elle pourrait être réévaluée en cas de prothèse de hanche, une année après la date de la chirurgie.
48. Le 13 février 2014, le Dr AB_____ a expliqué avoir démontré que l'assurée avait subi un TCC léger qui n'avait pas laissé de séquelles structurelles au niveau du système nerveux central. Dans son évaluation du 22 novembre 2013, il avait fait remarquer qu'il y avait une disparité entre la bonne performance de l'assurée dans ses activités quotidiennes et ses résultats obtenus lors des tests neuropsychologiques

suggérant un effort sous-maximal de sa part. Il n'y avait donc pas d'arguments pour modifier ses conclusions. C'étaient des facteurs non organiques ou étrangers à l'accident qui devaient être pris en considération et l'assurée allait être convoquée pour un examen psychiatrique.

49. A la demande de l'assureur, par rapport du 26 février 2014, le docteur AC_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et médecin d'arrondissement, a examiné l'assurée et a conclu qu'elle ne présentait pas de pathologie majeure: la thymie n'était pas dépressive, l'anxiété était présente mais restait contenue et pouvait être considérée comme normale compte tenu des importantes incertitudes qui pesaient sur l'assurée. Si elle signalait des flashbacks, des cauchemars ou des évitements, ces symptômes étaient en réduction et on ne pouvait retenir le diagnostic d'état de stress post-traumatique (l'assurée avait dû être "protégée" par sa perte de conscience lors de l'événement). Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas de limitations concernant la reprise d'activité, notamment ses études universitaires.

Le Dr AC_____ a notamment retenu, sur la base des pièces communiquées, que la voiture de l'assurée avait probablement fait plusieurs tonneaux. L'accident avait eu comme conséquence notamment un TCC avec perte de connaissance et amnésie des faits. Sur le plan de la scolarité, l'assurée avait été une élève avec beaucoup de facilités, régulièrement une des meilleures de sa classe. Depuis moins d'un an, l'assurée était suivie hebdomadairement par la doctoresse AD_____, médecin interne au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, mais aucun rapport n'avait été versé au dossier. Le médecin ne relevait pas de trouble de la mémoire ou de la concentration notamment à l'évocation de son histoire personnelle. Il n'y avait pas de tristesse visible, sauf à certains moments lorsque l'assurée évoquait ses difficultés de vie, son combat pour effectuer des études.

50. Par décision du 10 avril 2014, l'assureur a indiqué qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des suites accidentelles. Il confirmait la fin du versement de l'indemnité journalière au 31 mars 2014 et de la prise en charge des frais médicaux, hormis des contrôles médicaux espacés avec un maximum de quatre par année, des séances de physiothérapie (trois fois neuf séances par année sur trois ans, de 2014 à 2016) et le traitement à base d'anti-inflammatoires et d'anti-douleurs à doses modérées de l'ordre de un à deux comprimés par jour sur le long terme. L'assurée avait droit à une IPAI de CHF 12'600.-, compte tenu d'un taux de 10%.
51. Lors des entretiens qui ont eu lieu entre l'assureur et l'assurée en 2014, l'assurée a fait état notamment de ses douleurs cervicales (entretiens des 27 janvier, 12 février, 13 mars et 30 avril 2014).
52. Le 13 mai 2014, l'assurée a formé opposition en tant que la décision fixait un terme à la prise en charge de la physiothérapie et un taux de l'IPAI à 10%. Vu les limitations fonctionnelles et la nécessité d'une prothèse de hanche à plus ou moins long terme, il était choquant de ne retenir qu'un taux de 10%. Par ailleurs, l'assureur

devait également prendre en compte les troubles neuropsychologiques pour fixer l'IPAI. A l'appui de ses griefs, l'assurée a produit deux avis des 26 février et 6 mars 2014 du docteur AE_____, spécialiste FMH médecin praticien auprès du service médical régional AI (ci-après SMR), selon lesquels il était en mesure d'affirmer que les troubles d'attention avaient commencé le jour de l'accident et que ces troubles entraînaient une baisse de rendement de 50%. L'assurée a également produit un rapport établi par le Dr O_____ le 5 mars 2014, selon lequel le rapport de la Dresse AA_____ était assez superposable à son appréciation. L'évolution était devenue linéaire ce qui permettait de temporiser avant d'envisager une prothèse totale de hanche pour laquelle la patiente allait être certainement candidate en cas de dégradation de sa symptomatologie. Il était difficile de faire un pronostic précis pour savoir quand un traitement chirurgical serait nécessaire. L'assurée a également produit un rapport établi le 31 mars 2014 par la Dresse AD_____, qui suivait l'assurée en ambulatoire depuis mai 2013. Ce médecin adhérait aux conclusions du Dr AC_____ dans le sens qu'il n'y avait pas, actuellement, de limitations sur le plan psychiatrique ni de diminution de rendement. Cela étant, l'assurée présentait des moments de tristesse et de colère face à l'accident et à ses conséquences, elle notait également des troubles de la concentration suite à l'accident, ce qui générait de l'anxiété en lien avec la crainte de potentielles répercussions sur la réussite de ses études de droit. Tant les douleurs que les troubles de la concentration étaient handicapants au quotidien.

53. Par courrier du 17 juin 2014, l'assureur a notamment expliqué qu'il était clairement établi qu'il n'existait plus aucun traitement susceptible de notablement améliorer l'état de santé de l'assurée (prothèse totale des hanches future mise à part, qui devait être annoncée au titre d'une rechute de l'accident), il était constant qu'il n'existait plus de droit à un traitement. La physiothérapie accordée par la décision ne reposait pas sur un droit mais tenait équitablement compte de toutes les circonstances du cas d'espèce. Par ailleurs, le Dr AB_____ estimait que les troubles neuropsychologiques n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident. L'assureur a indiqué avoir omis de constater dans sa décision que l'assurée n'avait subi aucune lésion cérébrale anatomique et structurelle, aucune blessure intracrânienne, aucune conséquence traumatique sous forme de perte de substance, de lésions axonales diffuses ou de résidus hémorragiques. L'accident avait donc eu pour conséquence un TCC léger, mais aucune lésion crânienne traumatique physique. L'assureur avait également omis d'examiner le lien de causalité adéquate, lequel devait de toute manière être écarté dès lors qu'il s'agissait d'un accident de gravité moyenne et de troubles non démontrables au plan organique. Les critères des douleurs physiques persistantes, et le cas échéant, celui de l'incapacité de travail, étaient insuffisants pour admettre une causalité adéquate. S'agissant de l'IPAI et de la mise en place d'une prothèse totale de hanche, une indemnité complémentaire pourrait être allouée, si, par la suite, l'atteinte à l'intégrité s'aggravait de façon importante et durable. En cas de prothèse totale de hanche, il y avait lieu de déterminer l'atteinte à l'intégrité en fonction de l'état médical prévalant

directement avant l'opération. Par conséquent, cette question allait pouvoir être réexaminée le moment venu. Les droits de l'assurée étaient en quelque sorte réservés.

54. Par pli du 1^{er} juillet 2014, l'assurée a maintenu son opposition, contestant notamment que l'accident soit qualifié de gravité moyenne et relevant que l'assureur passait sous silence le rapport de M. W_____. En outre, il ressortait du rapport IRM du 11 mai 2012 que l'assurée présentait une dilatation des espaces de Virchow-Robin pariétaux droits. Or, selon la doctrine médicale, il existait une association entre une telle dilatation et un TCC. La causalité adéquate devait être admise et l'IPAI de 10% était insuffisante. Enfin, s'agissant des séances de physiothérapie, l'assureur avait admis trois fois neuf séances par année sur trois ans et il n'y avait pas de motif pour revenir sur ce point.
55. Par décision du 14 juillet 2014, l'assureur a rejeté l'opposition. Il était constant qu'outre les séquelles physiques orthopédiques incontestables, l'assurée avait subi un TCC léger. M. W_____ avait diagnostiqué des troubles attentionnels modérés dans les tâches à composante exécutive, un ralentissement attentionnel sévère et un déficit en récupération en mémoire verbale. Selon lui, ces troubles étaient en relation de causalité certaine avec l'accident. Cet avis était toutefois contredit par le Dr AB_____, lequel s'était prononcé en toute connaissance de cause et avait pris connaissance du rapport IRM du 11 mai 2012. Il n'y avait pas d'indices suggestifs de lésions post-traumatiques. L'ensemble du dossier allait dans le même sens et permettait de considérer que nul n'était en mesure d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante l'existence d'une cause accidentelle purement organique aux troubles neuropsychologiques. L'IRM du 24 janvier 2013 avait aussi permis d'écarter des contusions cérébrales. L'assureur rappelait que l'on ne pouvait parler de suites accidentelles organiques objectivement démontrables que lorsque les constatations cliniques étaient confirmées par des éclaircissements techniques d'imagerie reconnus scientifiquement. Et quoi qu'il en soit, le lien de causalité adéquate devait être nié: l'accident était de gravité moyenne et l'assurée n'avait gardé aucun souvenir des circonstances de l'accident, de sorte que le critère du caractère particulièrement impressionnant et des circonstances dramatiques, ne pouvait être retenu. L'assurée n'avait pas eu de graves séquelles propres à entraîner des troubles psychiques et le traitement des séquelles physiques n'avait pas été particulièrement long. Aucune erreur de traitement, aucune difficulté particulière n'était à déplorer et les douleurs n'avaient pas empiété en permanence sur tous les domaines de la vie. Même s'il convenait de retenir le critère de l'importance et de la durée de l'incapacité de travail, celui-ci n'était pas suffisamment frappant pour entraîner à lui seul l'existence d'un lien de causalité adéquate.

S'agissant de la prise en charge de la physiothérapie, il apparaissait que l'assurée se limitait à considérer qu'il convenait de ne pas revenir sur la période de trois ans fixée dans la décision du 10 avril 2014.

S'agissant de l'IPAI, la Dresse AA_____ avait retenu une atteinte à l'intégrité de 10%. Selon le Dr T_____, ce taux n'était pas à modifier, mais il pouvait être réévalué en cas de prothèse de hanche. Selon l'assureur, dans le cas d'une prothèse de hanche, il convenait de déterminer l'atteinte à l'intégrité en fonction de l'état médical prévalant directement avant l'opération. En d'autres termes, cette question pouvait être réexaminée le moment venu; les droits de l'assurée étaient en quelque sorte réservés.

56. Par acte du 10 septembre 2014, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre la décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision, à l'octroi d'une IPAI à un taux de 50% (soit CHF 63'000.-) et à la réserve de l'examen du droit à une rente jusqu'à l'issue de ses études. Selon la recourante, l'intimée avait non seulement sous-estimé l'atteinte à l'intégrité sur le plan physique, mais également exclu à tort les troubles neuropsychologiques. S'agissant de l'atteinte orthopédique, l'intimée avait retenu le taux minimal en cas d'arthrose. Or, la recourante rappelait qu'elle présentait une mobilité réduite, des douleurs permanentes et d'importantes limitations fonctionnelles dans son quotidien. De plus, le Prof. Z_____ avait d'ores et déjà proposé de lui poser une prothèse de hanche et les Drs O_____ et AA_____ prévoaient de manière inéluctable et certaine la pose d'une prothèse. L'intimée n'avait pas tenu compte de l'aggravation prévisible, alors que l'ensemble des médecins s'accordait à dire qu'une prothèse devait à terme être implantée.

S'agissant des troubles neuropsychologiques, la recourante a fait valoir qu'ils étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. En se référant au rapport d'IRM du 14 mai 2012 et au rapport EEG du Dr V_____, il existait un substrat organique aux troubles neuropsychologiques, lesquels étaient des atteintes typiques d'un TCC. Même si l'absence de substrat organique devait être retenue, il était manifeste que les troubles neuropsychologiques devaient être considérés comme étant en lien de causalité avec l'accident, car contrairement à ce que retenait de manière choquante l'intimée, l'accident devait être qualifié de grave. Si par impossible, la chambre de céans devait qualifier l'accident de gravité moyenne, les critères jurisprudentiels étaient également réunis pour retenir un lien de causalité adéquate.

Enfin, l'intimé ne se prononçait pas sur le droit éventuel de la recourante à une rente. Or, au moment de son accident, la recourante entamait des études universitaires. Il était établi qu'elle souffrait de troubles neuropsychologiques importants lesquels nuisaient à un cursus universitaire normal. Si elle devait malheureusement ne pas réussir ses études de droit, cela ouvrirait vraisemblablement le droit à une rente d'invalidité. Ainsi, au vu de la volonté affichée de l'intimée de minimiser l'accident et ses répercussions, la recourante concluait à ce que la chambre de céans réserve formellement l'examen du droit à la rente à l'issue de ses études.

-
57. Par réponse du 5 novembre 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et a produit un chargé de trois-cent cinq pièces. S'agissant de l'IPAI, la recourante n'apportait aucun argument concret susceptible de jeter un doute sur le bien-fondé de l'estimation des Drs AA_____ et T_____. L'éventualité de la pose d'une prothèse ne constituait à elle seule pas un argument permettant de modifier cette appréciation. Même à supposer que la survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme établie, cette aggravation n'était pas pour autant quantifiable, de sorte qu'elle ne pouvait être prise en considération. Sur le plan neurologique, il était établi que la recourante ne présentait aucune lésion cérébrale. En outre, l'accident était de gravité moyenne et les critères pour retenir un lien de causalité adéquate n'étaient pas réunis. Enfin, il n'y avait pas lieu de se prononcer sur le droit éventuel à une rente, puisque l'intimée n'avait pas statué sur ce point.
58. Par réplique du 25 novembre 2014, la recourante a en substance repris ses arguments exposés dans son recours.
59. Par duplique du 16 décembre 2014, l'intimée a fait valoir que la question de la pose d'une prothèse demeurait à ce jour une hypothèse ou, au mieux, une question en suspens. Par ailleurs, il ressortait du dossier que nul n'était en mesure d'établir l'existence d'une cause accidentelle purement organique aux troubles neuropsychologiques de la recourante. Enfin, il n'existait pas d'élément permettant de douter du bien-fondé de l'avis du Dr AB_____.
60. A la demande de la chambre de céans, par courrier du 29 avril 2015, le Dr O_____ a confirmé que la recourante présentait un status après une fracture transverse du cotyle droit et que le contrôle radiologique du 16 août 2013 montrait un pincement modéré de l'articulation coxo-fémorale dans la région supéro-interne. Il n'y avait pas eu d'autres clichés depuis. A la question de savoir si l'aggravation de l'atteinte était prévisible, le médecin a expliqué que la notion d'incongruence articulaire associée à une évolution vers un pincement de l'articulation coxo-fémorale parlaient en faveur d'une évolution arthrosique qui allait certainement continuer à se dégrader. Il était toutefois difficile d'en évaluer la vitesse et il n'y avait pas d'appréciation radiologique récente. A terme, l'évolution de cette coxarthrose allait certainement rendre la recourante candidate à une arthroplastie prothétique de sa hanche. S'agissant du taux de l'atteinte, le Dr O_____ a indiqué que les taux selon les tables de la SUVA pour une coxarthrose s'élevaient de 10% à 30% pour une arthrose moyenne et de 30% à 40% pour une arthrose grave. Pour l'instant, la recourante semblait se situer au milieu de la fourchette de la situation d'une arthrose moyenne, mais cette situation allait certainement s'aggraver.
61. A la demande de la chambre de céans, par courrier du 29 avril 2015, le Dr V_____ a notamment précisé que l'IRM cérébrale de contrôle qui avait eu lieu le 24 janvier 2013 montrait à nouveau des espaces de Virchow-Robin élargis au niveau pariétal droit. Il a ajouté que les troubles neuropsychologiques présentés par la recourante s'expliquaient par son TCC du 2 octobre 2011. Ce TCC n'avait pas d'incidence claire sur les deux IRM effectuées entre le 11 mai 2012 et le 24 janvier 2013. Le

fait que des espaces de Virchow-Robin élargis dans la région pariétale droite, décrits de la même manière dans les deux IRM, soit l'expression du traumatisme n'avait en réalité aucune importance. Les troubles neuropsychologiques de la recourante étaient une constellation de dysfonctions cérébrales, plutôt frontales, liée à des atteintes non documentées par la puissance actuelles des examens IRM. Une IRM normale ou avec des espaces de Virchow-Robin élargis n'excluait pas la causalité directe entre le TCC et les troubles neuropsychologiques. Enfin, il n'y avait aucun rapport direct entre le résultat de l'EEG du 22 janvier 2013 et les troubles neuropsychologiques présentés par la recourante.

62. Par écriture du 22 mai 2015, la recourante a fait valoir que le Dr O_____ avait confirmé la gravité de l'atteinte orthopédique qui allait s'aggraver de sorte qu'une prothèse allait être posée à terme. Au vu de ses explications, le taux de 10% était clairement insuffisant, et ce avant même de tenir compte de l'aggravation prévisible. S'agissant des troubles neuropsychologiques, les explications du Dr V_____ étaient sans équivoque possible sur le lien de causalité entre ceux-ci et l'accident du 2 octobre 2011.
63. Par écriture du 23 juin 2015, l'intimée a fait valoir que les réponses apportées par les Drs V_____ et O_____ n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier les conclusions émises par les médecins d'arrondissement. A cet égard, elle produisait une nouvelle appréciation du Dr AB_____ et un rapport du docteur AF_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement.

Dans son rapport du 27 mai 2015, le Dr AB_____ a rappelé que la recourante avait subi un TCC léger, sans notion de perte de connaissance. Les IRM ne démontraient pas de séquelles post-traumatiques, conclusion partagée par le Dr V_____. Par conséquent, le Dr AB_____ maintenait ses conclusions du 22 novembre 2013.

Dans son rapport du 18 juin 2015, le Dr AF_____, après avoir analysé la situation orthopédique de la recourante et rappelé l'avis du Dr O_____, a indiqué qu'il était clair qu'une incongruence articulaire de type post-fracturaire était un facteur de risque indéniable pour le développement d'une coxarthrose. Toutefois, l'importance de la dégénérescence arthrosique allait dépendre de l'importance de l'incongruence mais aussi de l'atteinte cartilagineuse directement en conséquence du traumatisme fracturaire. Le Dr AF_____ a ajouté que chez la recourante, à deux ans de l'accident, on notait une atteinte séquellaire extrêmement limitée, non susceptible d'être dénommée atteinte arthrosique. Elle présentait déjà une atteinte du cartilage et il était clair qu'à moyen ou long terme, il existait un risque augmenté de dégénérescence arthrosique. Ce risque n'était toutefois ni certain, ni prévisible. Le devenir de la hanche droite apparaissait incertain, dans le sens où si l'on pouvait hypothétiser une aggravation, on ne pouvait exclure la possibilité d'une stabilisation de l'état actuel jusqu'à moyen ou long terme. Comme le disait le Dr O_____, on ne pouvait évaluer de manière probante la vitesse d'une éventuelle décompensation arthrosique chez la recourante en considération du status actuel. Par conséquent, la

nécessité dans le futur d'une arthroplastie totale de la hanche n'apparaissait absolument pas certaine. Enfin, s'agissant du taux de l'atteinte à l'intégrité, selon le Dr AF_____, la situation de la recourante ne correspondait pas pour l'heure à une arthrose avérée, il s'agissait au maximum d'une chondrose de stade II, ce qui était comparable à une préarthrose, au maximum à arthrose légère. Or, aucune indemnité n'était prévue en cas d'arthrose légère. Dans son estimation, la Dresse AA_____ avait retenu le taux minimal pour une arthrose moyenne. Cette appréciation devait être confirmée et l'évolution future n'apparaissait pas aussi prévisible que l'on puisse de manière anticipée fixer un taux.

64. Le 17 juillet 2015, l'intimée a indiqué que l'écriture de la recourante du 22 mai 2015 n'apportait aucun élément nouveau.
65. Le 24 juillet 2015, l'intimée a requis un délai pour se déterminer à réception de la prise de position de la recourante.
66. Le 3 août 2015, la recourante a relevé que contrairement à ce que prétendait l'intimée dans ses observations du 23 juin 2015, les compléments des Drs V_____ et O_____ apportaient des réponses importantes sur des points litigieux en l'espèce. En effet, le Dr O_____ avait confirmé la gravité de l'atteinte orthopédique dont elle souffrait et avait entériné le taux actuel de l'atteinte à l'intégrité au milieu de la fourchette de la situation d'une arthrose moyenne, soit 20 % pour cette seule atteinte. S'agissant de l'aggravation, il avait rappelé que l'éventail des atteintes actuelles parlait en faveur d'une évolution arthrosique qui allait certainement continuer à se dégrader et qui à terme la rendrait certainement candidate à une arthroplastie prothétique de sa hanche. Il avait ainsi, dans un premier temps, évalué la situation actuelle, avant de procéder à une analyse circonstanciée de la prévisibilité de l'aggravation des atteintes. S'agissant du complément du Dr V_____, il confirmait définitivement le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques et le traumatisme crânio-cérébral du 2 octobre 2011. Il était incompréhensible que l'intimée puisse soutenir que ces médecins n'apportaient pas d'éléments médicaux nouveaux susceptibles de modifier les conclusions émises par les médecins de la CNA. Les appréciations médicales des Drs AB_____ et AF_____, médecins-conseils de l'intimée, ne résistaient pas à l'examen. Dans le cadre de son appréciation, le Dr AF_____ s'était rallié aux conclusions et constatations du Dr O_____ pour finalement diverger sur le taux à retenir pour l'atteinte à l'intégrité, en retenant 10 %. Compte tenu des divergences importantes de cette appréciation avec l'ensemble du dossier médical, elle devait être écartée. Le Dr AF_____ avait tenté de motiver sa divergence avec le Dr O_____ en expliquant qu'elle résultait d'une différence d'appréciation sur le potentiel d'évolution arthrosique du status séquellaire constaté, lequel correspondait pour l'heure à un état préarthrosique, respectivement au maximum à une arthrose légère. Or, le Dr O_____ avait pris soin de bien dissocier les deux périodes de sorte que l'explication du Dr AF_____ ne semblait pas crédible. L'analyse du Dr AB_____ était, quant à elle, incomplète et lacunaire. Dans son appréciation du 27 mai 2015, il n'avait pas

même discuté les indices complémentaires exposés par le Dr V _____. Il convenait donc d'écarter ses conclusions. La recourant persistait donc dans ses conclusions.

67. Le 7 septembre 2015, l'intimée a observé que la recourante ne faisait, une nouvelle fois, pas la preuve de l'existence d'une cause accidentelle purement organique aux troubles neurologiques litigieux. Elle persistait également dans ses conclusions.
68. Sur ce, la cause a été gardée à juger par la chambre de céans.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.
4. a. Le litige porte sur la question de savoir si les troubles neuropsychologiques dont souffre la recourante sont en lien de causalité avec l'accident et si les séquelles orthopédiques entraînent une atteinte à l'intégrité de 10%.

b. La chambre de céans relèvera que la recourante conclut par ailleurs à ce que l'examen du droit à la rente soit réservé jusqu'à l'issue de ses études.

c. Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, 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 voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1; ATF 125 V 414 consid. 1a; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

d. En l'occurrence, si dans son courrier du 12 décembre 2013, l'intimée a indiqué que les conditions pour l'indemnisation d'une invalidité partielle allaient être examinées et qu'elle en informerait la recourante dès que possible, force est de constater, comme le fait valoir l'intimée, que dans ses décisions des 10 avril et 14 juillet 2014, l'intimée ne s'est pas déterminé sur cette question.

Un jugement ne peut donc pas être prononcé sur ce point.

e. Par conséquent, le recours sera déclaré irrecevable en tant qu'il conclut à la réserve de l'examen du droit à la rente jusqu'à l'issue des études de la recourante.

5. a. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, l'assureur-accidents verse des prestations à l'assuré en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

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

b. L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références).

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

c. 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).

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).

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu d'abord d'opérer une classification des accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 134 V 109 consid. 10.1; ATF 115 V 133 consid. 6). Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'évènement accidentel lui-même (ATF 117 V 359 consid. 6a). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent (arrêt du Tribunal fédéral 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 5.2 et les références). Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité adéquate (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; par analogie ATF 115 V 403 consid. 5b). Sont réputés accidents de gravité moyenne, les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour admettre le caractère adéquat du lien de causalité entre un tel accident et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, il faut que soient réunis certains critères objectifs, désormais formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.2): les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions ; l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; l'intensité des douleurs ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes et, enfin, l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en

considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références).

6. L'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » et de ses suites doivent être dûment attestées par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 117 V 359 consid. 4b). 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). Le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité d'une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire. Celle-ci doit non seulement satisfaire aux exigences relatives à la valeur probante des expertises et rapports médicaux, mais elle doit encore émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en œuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes pour déterminer si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-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 (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 ; ATF 123 V 98 consid. 2a et les références ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531).

7. a. Aux termes de l'art. 24 LAA, si par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (al. 1). L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). D'après l'art. 25 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital (al. 1, 1^{ère} phrase); elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (al. 1, 2^{ème} phrase). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (al. 2).

Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA - RS 832.202) édicté conformément à la délégation de compétence de l'art. 25 al. 2 LAA, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité pendant toute la vie (al. 1, 1^{ère} phrase); elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1, 2^{ème} phrase). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'OLAA (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique ou mentale, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1^{ère} phrase).

Lors de la fixation de l'indemnité, il sera équitablement tenu compte des aggravations prévisibles de l'atteinte à l'intégrité (art. 36 al. 4 1^{ère} phrase OLAA). Par ailleurs, une révision de l'indemnité n'est possible qu'en cas exceptionnel, si l'aggravation est importante et n'était pas prévisible (art. 36 al. 4 2^{ème} phrase OLAA; cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.3; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.124/01 du 22 novembre 2001 consid. 1b).

b. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est une forme de réparation morale pour le préjudice immatériel (douleurs, souffrances, diminution de la joie de vivre, limitation des jouissances offertes par l'existence etc.) subi par la personne atteinte, qui perdure au-delà de la phase du traitement médical et dont il y a lieu d'admettre qu'il subsistera la vie durant. Elle n'a pas pour but d'indemniser les souffrances physiques ou psychiques de l'assuré pendant le traitement, ni le tort moral subi par les proches en cas de décès. L'indemnité pour atteinte à l'intégrité se caractérise par le fait qu'elle est exclusivement fixée en fonction de facteurs médicaux objectifs,

valables pour tous les assurés, et sans égard à des considérations d'ordre subjectif ou personnel (arrêt du Tribunal fédéral 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.1 et les références). Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b et les références; voir aussi ATF 125 II 169 consid. 2d).

Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (ATF 115 V 147 consid. 1; ATF 113 V 218 consid. 4b; RAMA 2004 p. 415; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.134/03 du 12 janvier 2004 consid. 5.2).

S'il y a lieu de tenir équitablement compte d'une aggravation prévisible de l'atteinte lors de la fixation du taux de l'indemnité, cette règle ne vise toutefois que les aggravations dont la survenance est vraisemblable et l'importance quantifiable (arrêt du Tribunal fédéral 8C_494/2014 du 11 décembre 2014 consid. 6.2 et la référence). L'importance prévisible de l'atteinte doit être fixée sur la base de constatations médicales (ATF 132 V 393 consid. 3.2 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 97 et les références). A titre d'exemples, le Tribunal fédéral a nié le caractère prévisible d'une aggravation en fonction de l'indication du médecin selon laquelle « il n'était pas impossible » que l'affection (périarthrite scapulo-humérale) entraînaît « d'ici quelques années » une arthrose moyenne (RAMA 1998 n° U 320 p. 602 consid. 3b). Concernant un assuré dont les médecins avaient considéré que « vu les différentes lésions subies un diagnostic est difficile à prévoir et dépendra beaucoup de l'évolution arthrosique des différentes articulations et de leur sollicitation » et que la gonarthrose était « lentement évolutive » si bien qu'il n'était pas possible de dire dans quel délai une intervention chirurgicale pourrait s'avérer nécessaire, le Tribunal fédéral a jugé que, « à supposer que le survenance d'une future aggravation de l'atteinte à la santé puisse être considérée comme une circonstance établie, cette aggravation n'en est pour autant pas quantifiable, si bien qu'elle ne peut être prise en considération » (arrêt du Tribunal fédéral des assurances U.173/00 du 22 septembre 2000 consid. 2). A l'inverse, il a admis l'aggravation prévisible d'une arthrose du genou dans le cas où le médecin a fait état d'une telle aggravation « en raison de l'évolution toujours défavorable de l'arthrose » (arrêt du Tribunal fédéral 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3, in SVR 2009 UV n° 27 p. 98). De même, dans le cas où un médecin avait considéré que l'implantation ultérieure d'une prothèse nécessiterait la réévaluation du taux de l'indemnité, le Tribunal fédéral a admis que, même si l'opération n'était pas réalisée dans un avenir immédiat, sa prévisibilité n'en demeurerait pas moins acquise (arrêt du Tribunal fédéral 8C_563/2014 du 12 janvier 2015 consid. 5.3.2).

8. a. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61

let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A 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 125 V 351 consid. 3).

b. 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).

c. 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. Etant 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).

d. 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).

e. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'administration ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).
10. Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: 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 l'adverse partie (ATF 124 V 372 consid. 3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. a. En l'occurrence, l'intimée, dans sa décision litigieuse, a nié le lien de causalité entre l'accident survenu le 2 octobre 2011 et les troubles neuropsychologiques dont souffre la recourante, ce que celle-ci conteste.
- b. Il n'est pas contesté par les parties, ni contestable, que la recourante a subi notamment un TCC lors de l'accident assuré. Par ailleurs, le CT-Scan cérébral du 2 octobre 2011 était sans anomalie décelable, il n'y avait ni fracture crânio-faciale, ni cervicale (rapport du 3 octobre 2011 de la Dresse D_____). L'IRM encéphalique du 11 mai 2012 a constaté une dilatation des espaces Virchow-Robin pariétaux droits, atypique, variante de la norme (rapport du 14 mai 2012 du Dr

P_____). Selon le Dr V_____, l'IRM du 24 janvier 2013 – dont le rapport correspondant n'a pas été versé à la procédure - ne révélait pas de contusions cérébrales; elle montrait à nouveau des espaces de Virchow-Robin élargis au niveau pariétal droit (rapport du 11 février 2013 et courrier du 29 avril 2015).

Un bilan neuropsychologique des 3 et 7 novembre 2011 a mis en évidence des troubles attentionnels légers à modérés compatibles avec les séquelles provoquées par un TCC léger (rapport de la Dresse I_____ et du Dr H_____ du 26 décembre 2011). Suite à un second bilan neuropsychologique, M. R_____ et Mme S_____ ont conclu à une péjoration des troubles; la recourante présentait un déficit attentionnel modéré à sévère. Selon eux, la péjoration des troubles était à mettre en lien avec les troubles psychiques réactionnels pour lesquels la recourante était suivie (rapport du 3 octobre 2012). Le 11 février 2013, le Dr V_____ a estimé que les plaintes de la recourante qui faisaient suite à son TCC et qui associaient des troubles de la concentration, du caractère et des fonctions exécutives étaient en bonne corrélation avec ce que l'on observait généralement dans ces circonstances et qui avaient bien été documentées par les examens de M. R_____ et Mme S_____. Le fait de ne pas visualiser les contusions cérébrales à l'IRM ne changeait rien à son appréciation. Par la suite, mandaté par l'intimée, M. W_____ a diagnostiqué des troubles attentionnels modérés dans les tâches à composante exécutive, un ralentissement attentionnel sévère dans les tâches exigeantes, un déficit en récupération en mémoire verbale et une fatigabilité dans les tâches d'attention soutenue. Ces troubles étaient compatibles avec les séquelles d'un TCC léger et avec ce que l'on pouvait observer dans le cas de lésions cérébrales sous-corticales; ils étaient en lien de causalité certain avec l'accident. La participation d'une dimension psychologique dans l'intensité des troubles était possible (rapport du 26 juin 2013). Enfin, le Dr V_____ a confirmé l'existence d'une causalité directe entre le TCC subi lors de l'accident et les troubles neuropsychologiques, soit des dysfonctions cérébrales frontales, dont souffrait la recourante (courrier du 29 avril 2015).

Par rapport du 22 novembre 2013, le Dr AB_____ a estimé quant à lui que les troubles cognitifs de la recourante n'avaient pas été provoqués par l'accident. Il a notamment relevé que les imageries n'avaient pas pu mettre en évidence des conséquences du traumatisme et la recourante avait été victime d'un TCC léger. Selon lui, les tests neuropsychologiques n'étaient pas homogènes et les symptômes n'avaient pas été validés. Les résultats de M. W_____ n'étaient pas plausibles et en principe l'évolution suite à une lésion cérébrale traumatique était positive, de sorte que les troubles cognitifs s'amélioreraient avec le temps, contrairement à ce qui avait été constaté chez la recourante. Enfin, on devait pouvoir déceler une atteinte morphologique évidente en cas de persistance de troubles neuropsychologiques de gravité moyenne, voire sévère, plus de vingt mois après l'accident. Selon lui, les résultats suggéraient un effort sous-maximal de la part de la recourante lors des tests (rapport du 13 février 2014). Enfin, le Dr AB_____ a maintenu sa position,

rappelant le TCC léger, sans notion de perte de connaissance et l'absence de séquelles à l'imagerie (rapport du 27 mai 2015).

En se fondant sur les conclusions du Dr AB_____, l'intimée a nié le lien de causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques et l'accident.

c. La chambre de céans est d'avis que les conclusions du Dr AB_____ ne peuvent toutefois être confirmées pour les motifs qui suivent. Ce médecin a notamment relevé qu'un conducteur, sans avoir freiné préalablement, était entré en collision avec le véhicule de l'assuré, de sorte que celui-ci avait été projeté vers l'avant sur une distance de 30 m environ. Le procès-verbal de la police ne faisait pas état d'une éventuelle perte de connaissance. La recourante présentait une lacune mnésique relative à l'événement et aucune blessure de la région de la tête n'était documentée.

A la lecture de ce qui précède, on peut se demander si le Dr AB_____ a eu pleinement connaissance du déroulement de l'accident et de ses conséquences. La chambre de céans peine en effet à comprendre pour quelle raison ce médecin n'a pas pris en considération, ni la vitesse à laquelle la voiture de la recourante a été percutée - soit 80-90 km/heure - ni le fait que la voiture de la recourante a effectué plusieurs tête-à-queue avant d'être projetée à 30 m, ni le fait que les pompiers ont dû procéder à sa désincarcération et que les importants dégâts occasionnés à la voiture de la recourante démontraient la violence du choc (rapport de police du 16 novembre 2011). Qui plus est, contrairement à ce que retient le Dr AB_____, plusieurs rapports au dossier font état d'une perte de connaissance (notamment le rapport du Dr H_____ du 20 décembre 2011, la lettre de sortie de la Dresse I_____ et du Dr H_____ du 26 décembre 2011, le rapport du Dr O_____ du 1er mai 2012, le rapport de M. R_____ et de Mme S_____ du 3 octobre 2012 et le rapport du Dr U_____ du 10 juillet 2013 faisant état d'une perte de connaissance de six heures). En outre, contrairement à ce qu'indique le Dr AB_____, la recourante a présenté une plaie au niveau du cuir chevelu ayant nécessité des points de suture (déclaration de la recourante du 5 octobre 2011 et rapport du Dr T_____ du 31 janvier 2013) et la recourante s'est également plainte de douleurs au niveau du crâne, ayant l'impression que quelque chose lui tapait sur la tête (rapport du Dr T_____ du 1er février 2013).

Au vu de ces seuls éléments, on ne saurait retenir que les conclusions du Dr AB_____ reposent sur une évaluation exacte et complète de la situation médicale de la recourante.

Cela étant, la chambre de céans ne saurait non plus retenir, en l'état, un lien de causalité naturelle entre les troubles neuropsychologiques dont souffre la recourante et l'accident, en se fondant sur les appréciations précitées de la Dresse I_____ et du Dr H_____, de M. R_____ et Mme S_____, du Dr V_____ et de M. W_____. En effet, aucune pièce au dossier ne permet de déterminer si, comme l'invoque le Dr AB_____ dans son rapport du 22 novembre 2013, l'évolution suite à une lésion cérébrale traumatique est positive, de sorte que les troubles cognitifs de la

recourante auraient dû s'améliorer avec le temps contrairement à ce qui a été constaté chez celle-ci; ni si la persistance de troubles neuropsychologiques de gravité moyenne, voire sévère, plus de vingt mois après un accident, implique effectivement qu'une atteinte morphologique évidente soit décelée.

Quoi qu'il en soit, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur les liens de causalité entre l'accident et les troubles neuropsychologiques de la recourante puisqu'il résulte de la lecture de l'ensemble des pièces du dossier que des doutes subsistent également sur le déroulement exact de l'accident et sur ses conséquences immédiates. Ainsi, le Dr AC_____ a retenu - sur la base des pièces qui lui ont été communiquées - que la voiture de la recourante a probablement fait plusieurs tonneaux (rapport du 26 février 2014), ce qui n'apparaît pas impossible au vu des photos de la voiture accidentée de la recourante (pièce 4 chargé recourante). Ce fait ne ressort toutefois pas des autres pièces en possession de la chambre de céans. En outre, si plusieurs rapports font état d'une perte de connaissance, seul le Dr U_____ précise qu'elle a duré six heures (certificat du 10 juillet 2013). Or, que ce soit le déroulement de l'accident ou la durée de la perte de connaissance, ces deux éléments de fait sont suffisamment importants dans le cadre de l'examen du lien de la causalité naturelle et, le cas échéant, adéquate, pour justifier qu'ils soient confirmés, infirmés ou précisés.

Qui plus est, les pièces du dossier ne permettent pas non plus d'exclure, en l'état, un déficit organique consécutif à l'accident. Les imageries effectuées les 2 octobre 2011, 11 mai 2012 et 24 janvier 2013 n'ont certes pas révélé de contusions ou de lésions. Dans son rapport du 29 avril 2015, le Dr V_____ a expliqué que le TCC subi par la recourante n'avait pas eu d'incidence claire sur les IRM. Or, la chambre de céans relèvera que si le TCC n'a pas eu d'incidence claire sur les IRM, cela ne suffit pas encore à retenir l'absence de toute incidence. En outre, le Dr V_____ a indiqué que les troubles neuropsychologiques dont souffrait la recourante étaient une constellation de dysfonctions plutôt frontales, liées à des atteintes non documentées par la puissance actuelle des examens IRM. Or, rien au dossier ne permet de retenir que ces atteintes ne peuvent pas être objectivées par d'autres examens reconnus scientifiquement. Enfin, selon le rapport IRM du 11 mai 2012, la recourante présentait une dilatation des espaces de Virchow-Robin pariétaux droits, également constatée dans l'IRM du 24 janvier 2013 (selon le rapport du Dr V_____ du 29 avril 2015). Or, selon la doctrine médicale, il existerait une association entre une telle dilatation et un traumatisme crânien (rapport du Dr P_____ du 14 mai 2012).

Compte tenu de ce qui précède, il serait également prématuré de statuer sur l'existence d'un rapport de causalité adéquate sans connaître au préalable le déroulement exact de l'accident et sans savoir si la recourante présente ou non, au degré de la vraisemblance prépondérante, une atteinte organique objectivable en relation de causalité naturelle avec l'accident.

12. Par conséquent, la cause sera renvoyée à l'intimée afin qu'elle mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire, de préférence en milieu universitaire, auprès d'un spécialiste en imagerie médicale, d'un neurologue et/ou neuropsychologue et, le cas échéant, d'un psychiatre. Un tel renvoi se justifie d'autant plus que l'intimée n'a pas jugé utile de faire effectuer une telle expertise, alors que celle-ci est, à teneur de la jurisprudence précitée et au vu des circonstances du présent cas, indispensable pour examiner le lien de causalité. La décision litigieuse, en tant qu'elle nie le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques de la recourante et l'accident du 2 octobre 2011, sera donc annulée.
13. a. Il convient encore de déterminer si c'est à juste titre que l'intimée a retenu un taux de 10% pour l'atteinte à l'intégrité en raison des séquelles orthopédiques en se fondant sur l'évaluation de la Dresse AA_____ du 5 novembre 2013.

b. La chambre de céans est d'avis que le taux de l'atteinte à l'intégrité fixé par la Dresse AA_____ à 10% - correspondant au minimum pour une arthrose moyenne (tablette 5 de la SUVA) - ne peut être confirmé en l'état. En effet, il résulte de son rapport du 5 novembre 2013 que ce médecin ne s'est pas prononcé sur d'éventuelles futures aggravations, alors qu'elle a tout de même relevé que les Drs T_____, O_____ et Z_____ avaient évoqué la pose d'une prothèse de hanche. Le rapport de la Dresse AA_____ est par conséquent lacunaire sur ce point.

Par ailleurs, la chambre de céans est d'avis, au vu de l'ensemble des rapports établis par des spécialistes en chirurgie orthopédique, qu'une aggravation de l'atteinte est, au degré de la vraisemblance prépondérante, prévisible. Certes, le Dr AF_____ a-t-il conclu que l'évolution de l'état séquellaire présenté par la recourante était incertaine, de sorte qu'une aggravation de l'atteinte ne pouvait être retenue. Selon ce médecin, étant donné que l'on ne pouvait pas évaluer la vitesse d'une éventuelle décompensation arthrosique, la nécessité dans le futur d'une arthroplastie totale de la hanche n'apparaissait absolument pas certaine (rapport du 18 juin 2015). La chambre de céans relèvera qu'à teneur de la jurisprudence précitée, dans le cadre de la fixation de l'IPAI, il suffit que la survenance de l'aggravation soit vraisemblable pour être prise en compte; il n'est pas exigé qu'elle soit certaine, de sorte que l'argument du Dr AF_____ n'est pas pertinent. Au demeurant ce médecin a expliqué qu'il était clair qu'une incongruence articulaire de type post-fracturaire était un facteur de risque indéniable pour le développement d'une coxarthrose. Il a ajouté que la recourante présentait déjà, à deux ans de l'accident, une atteinte du cartilage et il était clair qu'à moyen ou long terme, il existait un risque augmenté de dégénérescence arthrosique. Par ailleurs, on relèvera que le Dr T_____ a retenu que l'indication à une prothèse de hanche devait être évaluée dans les années à venir (rapport du 31 janvier 2013) et que le taux de l'IPAI pouvait être réévalué en cas de prothèse de hanche (rapport du 4 février 2014). Le Dr E_____ a également indiqué qu'il fallait s'attendre à une arthrose de la hanche précoce (rapport du 21 janvier 2013). Le Dr O_____ a aussi relevé qu'il fallait s'attendre au développement d'une coxarthrose (rapports des 1er décembre 2012 et 20 septembre 2013) et que la

recourante allait être certainement candidate à la pose d'une prothèse totale de hanche (rapports des 21 février, 13 juillet 2013 et 5 mars 2014). Il a en outre expliqué, par courrier du 29 avril 2015, que l'incongruence de l'articulation coxo-fémorale parlaient en faveur d'une évolution arthrosique qui allait certainement continuer à se dégrader, mais qu'il était toutefois difficile d'en évaluer la vitesse. Au demeurant, même l'intimée, dans son courrier du 17 juin 2014 et dans sa décision litigieuse du 14 juillet 2014, a indiqué que la prothèse totale des hanches future devait être annoncée au titre d'une rechute de l'accident et que le taux de l'IPAI serait alors réévalué.

Au vu de l'ensemble de ces éléments, force est de constater que la survenance d'une aggravation prévisible de l'atteinte à l'intégrité est établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

S'agissant de la question de savoir si l'importance de l'aggravation est quantifiable, il apparaît que le Dr AF_____ rejoint le Dr O_____ dans la mesure où ces médecins font état de la difficulté à évaluer la vitesse de la dégradation, le Dr O_____ relevant à cet égard l'absence de cliché radiologique récent, le dernier remontant au 16 août 2013. La chambre de céans relèvera qu'il est surprenant que le Dr AF_____ n'ait pas jugé utile de requérir des examens complémentaires, qui lui auraient permis de comparer les résultats et apprécier ainsi l'évolution de l'atteinte.

14. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur ce point auprès d'un expert. La décision litigieuse sera donc également annulée en tant qu'elle fixe l'IPAI à 10%.
15. Vu ce qui précède, le recours sera admis, la décision litigieuse annulée en tant qu'elle nie le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques et l'accident et en tant qu'elle fixe à 10% le taux de l'IPAI pour les séquelles orthopédiques. Le dossier est renvoyé à l'intimée afin qu'elle procède conformément aux considérants, puis rende une nouvelle décision.
16. La recourante, qui est représentée et qui obtient partiellement gain de cause, a droit à une indemnité de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).
17. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours irrecevable en tant qu'il conclut à la réserve de l'examen du droit à la rente jusqu'à l'issue des études de la recourante.
2. Le déclare recevable pour le surplus.

Au fond :

3. L'admet partiellement.
4. Annule la décision de l'intimée du 14 juillet 2014 en tant qu'elle fixe le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité à 10% et en tant qu'elle nie le lien de causalité entre les troubles neuropsychologiques et l'accident du 2 octobre 2011.
5. La confirme pour le surplus.
6. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
7. Condamne l'intimée à payer à la recourante le montant de CHF 3'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
8. Dit que la procédure est gratuite.
9. 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

Brigitte BABEL

Catherine TAPPONNIER

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