

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/849/2024

ATAS/61/2025

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 3 février 2025

Chambre 16

En la cause

A _____
représentée par Me Véra COIGNARD-DRAI, avocate

recourante

contre

GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA

intimé

**Siégeant : Justine BALZLI, Présidente; Yves MABILLARD et Michael RUDERMANN,
Juges assesseurs**

EN FAIT

- A. a.** Madame A_____, née le _____ 1976, de nationalité française, domiciliée en France et au bénéfice d'un permis pour travailleuse frontalière (permis G), est divorcée et mère de deux enfants mineurs nés en 2010 et 2013. En 2021, elle exerçait la profession d'adjointe administrative auprès de l'Université de Genève (ci-après : l'employeur) et était, à ce titre, assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de GROUPE MUTUEL ASSURANCES GMA SA (ci-après : l'assurance).
- b.** Le 1^{er} mars 2021, l'assurée a été percutée par une voiture en traversant la route sur un passage piéton. Selon le procès-verbal établi par la police le même jour, la conductrice avait été éblouie par le soleil venant d'en face et avait heurté l'assurée qui faisait un jogging. Elle ne l'avait pas du tout vue, la visibilité étant mauvaise à cause d'une haie qui se trouvait sur sa gauche, juste avant le passage piéton, de sorte qu'elle n'avait rien pu faire pour l'éviter. Concernant la vitesse de circulation, la conductrice a indiqué qu'elle pensait avoir circulé « un peu en-dessous de la limitation », car elle faisait toujours attention.
- c.** Selon la fiche d'intervention établie par le personnel médical de l'ambulance étant intervenu sur les lieux, l'accident est décrit comme un « AVP [accident de la voie publique] piéton-voiture ~ 50 km/h, une piétonne faisant son jogging s'est faite [sic] heurter par une voiture alors qu'elle passait sur un passage piéton, TC [traumatisme crânien ; ci-après : TC] contre pare-brise (avec "étoile"), puis TC dr. au sol. Projetée ~ 3m devant voiture [...] ».
- d.** Dans un rapport du 1^{er} mars 2021, la docteure B_____, médecin assistant au sein du service des urgences de l'Hôpital de La Tour, a retenu le diagnostic de trauma crânien avec vertiges. L'assurée ne présentait pas de céphalées, mais une douleur au niveau de la plaie du crâne. Elle n'avait pas de douleur dorsale ou lombaire, mais souffrait de vertiges au mouvement rotatoire ainsi que de douleurs au niveau de la cuisse gauche et du coude droit. L'arrêt de travail prescrit était de trois jours pour une reprise d'activité à 100%.
- e.** Selon un rapport du même jour du docteur C_____, spécialiste FMH en radiologie auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), l'assurée présentait une plaie au niveau du crâne avec une légère dépression. Le CT-cérébral réalisé en urgence ne révélait pas d'hémorragie intraparenchymateuse ni juxta-méningée. Il n'y avait pas non plus d'œdème cérébral ni d'engagement ou de fracture du crâne. L'hématome sous galéal pariétal droit était associé à une plaie.
- f.** Selon un rapport du 3 mars 2021, établi par la docteure D_____, médecin spécialiste FMH en radiologie à l'Hôpital de La Tour, la cheville gauche de l'assurée ne présentait pas de fracture.

g. Selon un rapport du Dr C_____ du 8 mars 2021, l'assurée a subi un TC après avoir été percutée par une voiture à une vitesse de 50 km/h et présentait des vertiges importants depuis lors, ainsi que des céphalées et de la fatigue. L'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale effectuée le jour même était normale, ne révélant pas d'anomalie des structures de la ligne médiane, ni de lésion du parenchyme cérébral infra et supra-tentorial, de lésion du tronc cérébral ou de lésion cérébelleuse. L'examen des orbites et de la sphère otorhino-laryngologique (ci-après : ORL) était sans particularité.

h. Par déclaration de sinistre du 9 mars 2021, l'employeur a annoncé le cas à l'assurance.

i. Dans un rapport du 15 mars 2021, la docteure E_____, médecin spécialiste FMH en radiologie à l'Hôpital de La Tour, a indiqué que les radiographies du coude droit du 1^{er} mars 2021 ne montraient pas d'épanchement intra-articulaire, de fracture ou d'arrachement mis en évidence sur ces deux incidences, ni d'apparition d'une interruption corticale d'une apposition périostée.

j. Dans un rapport du 29 mars 2021, le docteur F_____, médecin spécialiste FMH en médecine interne générale et en médecine du sport à l'Hôpital de La Tour, a retenu le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral (ci-après : TCC) avec commotion cérébrale importante, vertiges sur possible vertige positionnel paroxystique bénin (ci-après : VPPB) post TC, contusion du coude droit et entorse de la cheville gauche de stade II. Lors de sa visite du 3 mars 2021 auprès de la médecine du sport, l'assurée était ralentie avec des vertiges. L'assurée était suivie une fois par semaine en médecine du sport avec des recommandations post-commotion (éviter tout type de stimulation visuelle, auditive, etc.). Malgré ce suivi, l'évolution restait très lente et la situation restait difficile à domicile, de sorte qu'une hospitalisation était nécessaire pour la prise en charge de la commotion cérébrale dans les meilleures conditions. S'agissant de l'entorse de la cheville gauche, une *aircast* avait été mise en place depuis le 3 mars 2021. Concernant la contusion du coude droit, les amplitudes restaient complètes et l'évolution semblait favorable.

k. Selon un rapport du 9 avril 2021, le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et expert médical Swiss Insurance Medicine (SIM), a répondu par l'affirmative à la question de savoir si l'incapacité de travail totale était toujours médicalement justifiée pour les seules suites de l'accident du 1^{er} mars 2021 dans l'activité habituelle d'adjointe administrative, précisant que la durée de cette incapacité dépendrait des résultats de l'évaluation spécialisée neurologique qui serait faite durant le séjour hospitalier proposé et de la récupération des troubles post-TCC.

l. L'assurée a été hospitalisée aux HUG du 26 avril au 14 juin 2021. Selon la lettre de sortie du 14 juin 2021, les docteurs H_____ et I_____, respectivement médecin chef de clinique et médecin interne au sein du service de

neuroréducation des HUG, ont retenu le diagnostic principal de syndrome post-commotionnel suite à un TCC avec des vertiges et des nausées, des céphalées hémicrâniennes à droite, une asthénie, une photophobie, une phonophobie et une intolérance aux odeurs, ainsi que des symptômes neuropsychiatriques (troubles du sommeil, irritabilité, labilité émotionnelle et apathie). À titre de diagnostics secondaires, les deux spécialistes ont indiqué une rupture complète du ligament collatéral externe et du ligament croisé antérieur au niveau du genou droit, des douleurs au coude droit, un VPPB post-traumatique, une légère baisse de l'acuité visuelle, un syndrome myofascial droit et un descellement de la couronne de Richmond 16. À son arrivée, l'intéressée présentait un ralentissement psychomoteur, une distractibilité, une force globalement à M4 des quatre membres, de légers troubles de l'équilibre avec déviation spontanée vers la droite lors de la position debout, une angoisse et une irritabilité, ainsi qu'une asthénie généralisée. À l'issue du séjour hospitalier, les deux médecins ont constaté une évolution neurologique relativement favorable. Sur le plan neurocognitif, il était relevé des troubles attentionnels sévères (une distractibilité, une faible endurance mentale, un effondrement des performances en double tâche et une sensibilité au bruit) avec un impact fonctionnel sévère dans la plupart des situations du quotidien, ainsi que sur l'ensemble de l'évaluation. L'évolution était lente, mais positive sur ce plan. Une fatigabilité importante persistait toutefois. Dans ce contexte, l'assurée avait besoin d'aide pour la gestion des tâches quotidiennes (courses, repas, ménage et accompagnement des enfants à l'école). La reprise d'une activité professionnelle et de la conduite automobile était fortement contraindiquée. Les médecins ont par ailleurs relevé les éléments suivants :

- une prise en charge neuropsychologique serait effectuée en hôpital de jour, en ambulatoire ;
- les céphalées et la photo- et phonophobie s'étaient légèrement améliorées et une consultation ORL évoquait des VPPB du canal latéral droit, d'origine post-traumatique. Un traitement de bétahistine était introduit et une physiothérapie vestibulaire était poursuivie avec une bonne évolution clinique ;
- d'un point de vue fonctionnel, il était noté une amélioration de la mesure d'indépendance fonctionnelle (IMF). L'assurée était autonome pour les actes de la vie quotidienne (AVQ) et pour les transferts. Elle marchait à l'aide d'une canne et utilisait les escaliers à l'aide d'une rampe. Le membre supérieur gauche était fonctionnel et le droit partiellement fonctionnel en raison de douleurs au niveau du coude. Elle arrivait à prendre le bus sans mise en danger, mais devait toutefois se concentrer pour gérer ses vertiges ;
- sur le plan orthopédique, l'assurée présentait une rupture du ligament collatéral externe et du ligament croisé antérieur au niveau du genou droit associée à des gonalgies et une mobilisation articulaire réduite. Une intervention chirurgicale

à distance était préconisée. Une attelle était mise en place et une décharge était proposée avec utilisation d'une canne axillaire ;

- s'agissant du coude droit, l'intéressée présentait des douleurs sans origine orthopédique retrouvée. Une radiographie et une IRM ne montraient pas de fracture, mais un œdème localisé des tissus sous-cutanés postéro-latéraux. Le bilan biologique ne montrait pas de syndrome inflammatoire. Au status, il était noté des signes de probable neuropathie ulnaire (signe de Tinel positif). L'assurée serait convoquée pour un électroneuromyogramme (ci-après : ENMG) en ambulatoire ;
- l'assurée présentait une légère baisse de l'acuité visuelle depuis son accident, de sorte qu'une consultation ophtalmologique était demandée et une prescription pour une nouvelle paire de lunettes avait été effectuée.

m. Dans un rapport du 21 juin 2021, Monsieur J_____, psychologue FSP au sein du service de neurorééducation des HUG, a relevé que le bilan neuropsychologique de l'assurée avait mis en évidence des troubles attentionnels sévères (distractibilité, faible endurance mentale, effondrement des performances en double tâche et sensibilité au bruit) avec un impact fonctionnel sévère dans la plupart des situations du quotidien, ainsi que sur l'ensemble de l'évaluation. Dans un contexte optimal, en l'absence d'autres personnes ou de source de distraction et sans aucune forme de stimulation sensorielle, il n'y avait pas d'autres troubles cognitifs et sa performance se situait plutôt dans les normes supérieures. Au vu des troubles constatés, la reprise d'une activité professionnelle et de la conduite automobile étaient fortement contraindiquées sur le plan cognitif.

n. Une IRM de la colonne cervicale effectuée le 9 juillet 2021 ne montrait pas d'anomalie de signal médullaire ou du plexus brachial jusqu'aux creux axillaires. Il n'y avait pas de fracture ni de sténose canalaire ou foraminale, ni de discopathie significative. Il était noté un kyste radiculaire en D1-D2 à droite ainsi qu'un hypersignal STIR au contact des racines du plexus brachial au niveau axillaire droit devant être corrélé à l'examen clinique et éventuellement à un examen dédié (ENMG).

o. Dans un rapport du 14 juillet 2021, la docteure K_____, médecin cheffe de clinique au sein du service de neurorééducation des HUG, a indiqué que l'assurée avait rapporté des épisodes de « déconnexion » pendant lesquels il y avait « trop d'informations », qu'elle se sentait perdue et confuse et qu'elle n'arrivait pas à répondre aux questions. Ces épisodes étaient intervenus lors de contextes stressants ou lorsque plusieurs personnes parlaient en même temps. Ces symptômes pouvaient durer de 30 minutes à quelques heures et finissaient par des pleurs. L'intéressée rapportait également des difficultés à plier tous les doigts qui étaient associées à des douleurs de type « lancées électriques » et qui entraînaient des limitations dans certaines activités de la vie quotidienne (utilisation d'un couteau adapté, difficultés à porter des poids lourds et lâchage d'objets, par

exemple). Ces douleurs survenaient tant le matin que la nuit et étaient déclenchées avec la flexion de la tête vers l'avant. Un ENMG effectué le 18 juin 2021 avait montré des signes d'atteinte myélinique et sensitive du nerf ulnaire le plus probablement au coude avec un discret ralentissement sur une épreuve comparative. L'intéressée rapportait en outre des vertiges de type tangage avec une tendance à la latéropulsion droite, néanmoins sans chute. Les céphalées hémicrâniennes droites étaient en amélioration, mais la photo-phonophobie persistait. S'agissant des AVQ, l'assurée était autonome pour les activités de base avec quelques adaptations. Elle restait en incapacité totale de travail et la possibilité d'une réinsertion professionnelle allait être évaluée.

p. Dans son rapport du 13 octobre 2021, la Dre K_____ a relevé que, grâce à la prescription de Venlafaxine et l'augmentation du traitement de Lyrica, l'assurée rapportait une amélioration générale (elle était moins stressée, irritable ou triste et supportait mieux le bruit). Une photophobie persistait toutefois, rendant nécessaire le port de lunettes de soleil en permanence. Elle présentait des vertiges rotatoires et des nausées lors des trajets en bus et en taxi.

q. À teneur du rapport du 3 décembre 2021, la Dre K_____ a retenu le diagnostic de syndrome post-commotionnel avec vertiges à type de tangage, céphalées hémicrâniennes à droite, asthénie, photophobie, phonophobie et intolérance aux odeurs, symptômes neuropsychiatriques (troubles du sommeil, irritabilité, labilité émotionnelle, apathie, épisodes de « déconnexion »), anomie, troubles attentionnels sévères initialement, en amélioration mais persistants. À titre de comorbidités, la spécialiste a mentionné, en particulier, un spasme de convergence de l'œil gauche diagnostiqué le 29 novembre 2021 et une vision floue depuis l'accident du 1^{er} mars 2021. Le bilan orthoptique avait mis en évidence, à l'effort prolongé de lecture, un spasme de convergence de l'œil gauche, des mouvements de poursuite qui n'étaient pas lisses avec des mouvements de saccades mal calibrés et une fixation prolongée très difficile.

r. Dans un rapport du 8 février 2022, la docteure L_____, médecin spécialiste FMH en ophtalmologie, a retenu le diagnostic de diplopie suite à un accident de la voie publique et a fait état d'une estropie spasmodique dans un contexte de traumatisme avec séquelle émotionnelle. Le traitement médical en cours consistait en un suivi ophtalmologique et orthophonique. Il était proposé un traitement de prismation, une rééducation orthoptique et une adaptation de la correction optique. Aucune opération n'était envisagée. La spécialiste ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de l'assurée.

s. Selon un rapport de visite à domicile du 25 février 2022, établi par un inspecteur de l'assurance, l'assurée (droitière) était obligée de porter une attelle à la main droite pour pouvoir s'en servir. Elle portait également une attelle à la jambe droite. Elle ne pouvait pas conduire, ni se déplacer en bus à cause des vertiges et devait donc prendre le taxi. L'intéressée n'avait pas été en mesure de lire jusqu'à récemment à cause de ses yeux et avait repris la lecture et l'utilisation

des écrans d'ordinateur grâce aux nouvelles lunettes, mais pendant une durée maximale de dix minutes par jour.

t. Dans un rapport du 9 mars 2022, la Dre K_____ a indiqué qu'une partie des symptômes était expliquée par le traumatisme suite à l'accident du 1^{er} mars 2021, tel que le syndrome post-commotionnel avec symptômes neuropsychiatriques, la rupture complète du ligament collatéral externe et du ligament croisé intérieur au niveau du genou droit et le VPPB post-traumatique. Une autre partie des symptômes était expliquée par une composante de trouble neurologique fonctionnel avec sensation de faiblesse musculaire fluctuante du membre supérieur droit et spasme de convergence. Sur le plan neuropsychologique, les troubles attentionnels et une forte distractibilité persistaient malgré l'amélioration des capacités attentionnelles. Sur le plan psychologique, l'assurée était toujours anxieuse avec des signes de syndrome de stress post-traumatique (PTSD), mais plus stable qu'au début de la prise en charge. Quant à la capacité de travail, les symptômes neuropsychiatriques engendraient une incapacité de travail sous forme d'épisodes durant lesquels l'assurée restait figée et mutique (surtout lors d'événements inattendus et surprenants), ainsi qu'une intolérance au stress avec des difficultés à gérer les conflits. Il était difficile de se prononcer sur le pronostic dès lors que l'assurée avait montré une certaine évolution positive depuis sa prise en charge en neuroéducation mais qu'elle avait encore besoin d'aide pour les AVQ une année après la survenance de l'accident.

u. Dans un rapport du 17 mars 2022, le médecin-conseil de l'assurance a retenu que l'incapacité de travail psychiatrique était hautement vraisemblable et que la durée possible de cette incapacité était supérieure à une année. Une reprise du travail n'était pas prévue si l'incapacité psychiatrique était en relation avec l'accident, une reprise du travail dans l'activité habituelle n'était pas possible pour l'instant et l'état de santé n'était pas stabilisé. Le diagnostic retenu était celui de troubles neuropsychologiques, à savoir un syndrome post-commotionnel dans le cadre d'un TCC sur accident de la voie publique. L'état clinique devrait être évalué à six mois.

v. Par rapport du 8 avril 2022, le docteur M_____, médecin au sein du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, a retenu le diagnostic de syndrome de compression du nerf ulnaire au coude à une date inconnue. Il notait une évolution nettement favorable, un bilan IRM et clinique en neurochirurgie étant prévus pour le mois de mai 2022. Un nouveau ENMG de contrôle était prévu, un an après le précédent qui avait montré une atteinte débutante (sensitive uniquement). En cas d'aggravation, un traitement conservateur serait proposé, mais aucun traitement chirurgical n'était envisagé en l'état.

w. Dans son rapport du 16 mai 2022, la Dre K_____ a indiqué que l'assurée pouvait se projeter uniquement dans une éventuelle activité professionnelle avec peu de déplacements, des tâches précises (bien définies et une tâche à la fois),

sans besoin d'interaction téléphonique et de gestion de conflits ou d'équipe. La situation était stable depuis la dernière consultation, étant relevé que l'intéressée avait à ce jour plusieurs consultations et suivait plusieurs thérapies.

x. Dans un rapport du 6 juin 2022, le docteur N_____, médecin chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG, a rappelé qu'au vu d'un déficit moteur au niveau du membre supérieur droit sur limitation fonctionnelle algique, l'assurée avait bénéficié d'une radiographie et d'une IRM du coude droit qui étaient dans la norme. L'IRM de contrôle du 18 mai 2022 avait mis en évidence une stabilité du kyste périradiculaire D1-D2 à droite. Il persistait une faiblesse au niveau du membre supérieur droit, notamment en distalité, associée à une faiblesse générale, notamment des muscles interosseux avec absence d'amyotrophie par rapport au côté gauche. Le spécialiste a suggéré une poursuite du suivi par les chirurgiens de la main et la prise en charge de la composante au niveau du membre supérieur droit, un contrôle avec une nouvelle IRM injectée dans deux ans pour du kyste radiculaire D1-D2, ainsi qu'une consultation neurochirurgicale à la fin du mois de mai 2024 avec, au préalable, une IRM de la colonne totale injectée.

y. Il ressort du rapport d'IRM du 10 juin 2022 établi par le docteur O_____, médecin interne au service de radiologie des HUG, que l'IRM ne montrait aucun signe expliquant la symptomatologie ou de rétrécissement canalaire ou foraminaux significatif. Il y avait toutefois des troubles dégénératifs discrets, notamment en L5-S1.

z. L'IRM du genou droit du 29 juillet 2022, effectuée par le docteur P_____, médecin chef de clinique du service de radiologie des HUG, montrait une fissuration partielle transverse du tiers distal et postérieur des deux faisceaux du ligament croisé antérieur. Il n'y avait en revanche pas d'anomalie du ligament collatéral externe.

aa. Selon un rapport du 9 août 2022 du docteur Q_____, médecin chef de clinique au sein du service de neuroéducation des HUG, l'assurée reconnaissait la persistance d'une phonophobie avec l'apparition d'une agressivité et de modifications du comportement lors de l'exposition à des bruits. Le spécialiste avait retrouvé des éléments d'un trouble neurologique fonctionnel (discordance entre les plaintes et les observations de l'examen clinique), une intolérance au bruit (l'exposition au bruit provoquait des modifications majeures du comportement avec irritabilité, nervosité, mutisme et agitation), une absence d'argument pour une dépression ou pour une perturbation significative des fonctions cognitives et une persistance d'éléments en faveur d'un trouble de stress post-traumatique sévère. L'évaluation neurologique mettait en évidence une prédominance du tableau de trouble de stress post-traumatique sévère avec une surimposition d'un trouble moteur fonctionnel de l'hémicorps droit. Le syndrome de stress post-traumatique demeurait sévère malgré la prise de Venlafaxine depuis plus d'une année et la psychothérapie. Au vu de la prédominance du tableau psychiatrique, la mise en place d'un suivi psychiatrique formel était suggéré. Du

côté neurologique, il ne pouvait être apporté qu'une aide limitée dès lors qu'il n'y avait pas de pathologie structurelle pour laquelle un traitement spécifique pourrait être mis en place. L'arrêt de travail et la contre-indication à la conduite automobile étaient maintenus.

bb. Dans un rapport du 26 octobre 2022, le docteur R_____, spécialiste FMH en médecine du travail à l'Hôpital de La Tour, a indiqué que le pronostic de retour au travail était favorable, mais pas au poste de travail habituel. L'estimation du délai de reprise du travail était difficile, mais pas avant le début de l'année 2023 en raison de l'opération prévue le 31 octobre 2022 et de la convalescence subséquente. Un retour au travail dans une activité adaptée était envisageable, par exemple, dans le domaine de la documentation.

cc. Selon un compte-rendu d'opération du 2 novembre 2022 établi par le docteur S_____, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, l'assurée a subi une opération chirurgicale le 31 octobre 2022, à savoir une arthroscopie du genou droit, une plastie LCA par tendon quadricipital et une plastie Larson.

dd. À teneur de la lettre de sortie des soins aigus du 9 novembre 2022, les suites post-opératoires étaient favorables avec un contrôle radiographique satisfaisant. Les douleurs étaient bien contrôlées et l'assurée faisait un retour à la marche en demi poids de corps avec une attelle. Elle retrouvait une bonne autonomie dans la marche, à la fois pour la montée et pour la descente des escaliers. Au vu de la bonne évolution, l'intéressée pouvait regagner son domicile.

ee. Dans un rapport du 16 novembre 2022, le docteur T_____, médecin interne au sein du service d'ophtalmologie des HUG, a exclu tout diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée.

ff. Par rapport du 18 novembre 2022, la Dre L_____ a retenu le diagnostic de TC sans PC [perte de connaissance] et une diplopie dans certaines positions du regard, étant précisé que l'assurée voyait double. La Dre L_____ ne s'est pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante.

gg. Dans son rapport du 30 novembre 2022, le Dr Q_____ a retenu les diagnostics de syndrome de stress post-traumatique sévère suite à un AVP, ainsi qu'une migraine sans aura et une neuropathie par compression du nerf tibial postérieur droit post-opératoire depuis le 28 novembre 2022. L'intéressée se déplaçait avec une attelle d'immobilisation du genou et une canne anglaise et rapportait des paresthésies douloureuses à type de décharges électriques du talon et de la voûte plantaire à droite, accentuées par les mouvements de flexion dorsale ou plantaire du pied, la compression du mollet ou la palpation profonde de la fosse poplitée, qui entravaient significativement la mise en charge du membre inférieur droit. Au vu de ces éléments, un ENMG était demandé en urgence. L'assurée rapportait également deux à trois épisodes par mois de céphalées pulsatiles unilatérales droites d'intensité 9-10/10 d'une durée de 48h à 72h,

associées à une photophobie et une phonophobie, ainsi que des nausées et des vomissements. Il n'était pas possible d'associer totalement ces céphalées au trouble de stress post-traumatique, car elles étaient présentes depuis plusieurs années avant la survenance du traumatisme crânien.

hh. Dans un rapport du 9 janvier 2023, le Dr Q_____ a indiqué que l'assurée était encore très entravée par les symptômes liés au trouble de stress post-traumatique malgré le temps écoulé depuis la survenance du traumatisme. La durée du traitement était impossible à déterminer et l'intéressée nécessiterait vraisemblablement un suivi sur plusieurs années, voire à vie, avec ou sans médicaments. L'incapacité de travail était totale dans l'état actuel en raison du syndrome de stress post-traumatique avec plusieurs symptômes invalidants (fatigabilité physique et psychique, intolérance au bruit, troubles de l'attention, anxiété et attaques de panique), d'une aggravation des migraines sans aura et des lésions orthopédiques avec des limitations fonctionnelles prises en charge par l'équipe d'orthopédie.

ii. Selon un rapport du 22 février 2023 établi par Madame U_____, responsable psychologue du service de psychiatrie de liaison et d'intervention de crise des HUG, le diagnostic retenu était celui d'état de tensions et parfois de détresse émotionnelle secondaires aux séquelles de l'accident sur le plan somatique et de la qualité de vie. Les troubles psychiques n'engendraient pas une incapacité de travail.

jj. Par lettre du 16 mars 2023, l'employeur a résilié les rapports de travail avec effet au 30 juin 2023. Selon l'avis du médecin du travail, aucune perspective de reprise d'emploi auprès de l'employeur ou de l'administration cantonale n'était envisageable à court ou moyen terme en raison, notamment, de l'état de santé de l'assurée. Il n'était pas non plus possible de la réaffecter à un poste de bibliothécaire ou de documentaliste.

kk. Dans un rapport du 21 avril 2023, la Dre K_____ a expliqué que les symptômes de l'assurée, qui motivaient les soins à domicile, étaient apparus suite à l'événement survenu le 1^{er} mars 2021. Néanmoins, au vu de ses antécédents, il était fortement probable que l'assurée présentait déjà des difficultés dans la gestion du stress. Par conséquent, des symptômes neurologiques d'origine fonctionnelle, déclenchés par l'événement du 1^{er} mars 2021, se surajoutaient au syndrome post-commotionnel et à la rupture du ligament croisé antérieur du genou droit.

ll. À teneur du compte rendu du bilan orthoptique du 1^{er} mai 2023, établi par Madame V_____, orthoptiste au sein du Centre ophtalmologique de Rive, la correction prismatique intégrée aux lunettes photochromiques de l'assurée était adaptée et participait à un meilleur équilibre oculo-moteur qui restait cependant fragile, un spasme de convergence se déclenchant facilement à l'effort prolongé de fixation ou lors de mouvements rapides des yeux.

mm. Dans un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 16 juin 2023 établi par le W_____ (ci-après : le W_____), les docteurs X_____, médecin spécialiste FMH en neurologie, Y_____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, et Z_____, médecin spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Monsieur AA_____, neuropsychologue FSP, ont retenu les diagnostics suivants : sur le plan neurologique, un status après AVP ayant entraîné un TCC mineur avec plaie du cuir chevelu et syndrome post-commotionnel, une possible contusion labyrinthique, une contusion du coude droit sans atteinte neurologique associée, un descellement d'une couronne de Richemont 16 et une rupture du ligament croisé antérieur avec lésion LLE du genou droit traitée chirurgicalement le 2 novembre 2022, ainsi qu'une persistance de troubles neurologiques et visuels atypiques sans substrat somatique clairement objectivable. Sur le plan orthopédique, une rupture du ligament croisé antérieur et du ligament latéral externe au genou droit, un status après réparation chirurgicale de ces ligaments, une contusion du coude droit, une entorse de grade II de la cheville gauche et une entorse de la cheville droite quatre semaines auparavant. Sur le plan psychiatrique, il était ainsi retenu un trouble dissociatif à symptômes neurologiques avec troubles de la vision (6B60.0), avec d'autres troubles sensoriels (6B60.3), avec parésie ou faiblesse (6B60.6) et avec symptômes cognitifs (6B60.9). Sur le plan neuropsychologique, aucun trouble spécifique n'était retenu en lien avec l'accident, seule la capacité de mobilisation des compétences cognitives pouvant être momentanément entravée en raison de modifications du comportement qui, pour être spectaculaires, n'étaient pas pour autant attribuables à un trouble neuropsychologique strict, à savoir d'origine lésionnelle cérébrale. La présentation de l'assurée durant l'examen d'expertise neuropsychologique était en réalité compatible avec le diagnostic de trouble dissociatif retenu par l'expert psychiatre.

La capacité de travail dans l'activité habituelle d'adjointe administrative était nulle. Avec les douleurs au genou, les difficultés à déambuler, monter et descendre les escaliers, une reprise d'activité progressive était possible dès le mois de mai 2023 (après le sixième mois postopératoire), dans une activité principalement administrative et sédentaire dans un premier temps. Une capacité de travail dans l'activité habituelle pourrait être récupérée progressivement, d'ici probablement une année, étant précisé qu'une marge de progression existait. Une capacité de travail résiduelle d'environ 50% existait dès le jour de l'expertise dans une activité adaptée au trouble psychiatrique, soit une activité peu exigeante (avec le moins de stress possible, peu de responsabilités, demandant peu d'adaptation et peu de rapidité, sans tâches complexes), dans un environnement calme.

Les suites de l'accident du 1^{er} mars 2021 n'étaient pas guéries ou stabilisées concernant le genou droit, mais l'étaient en revanche s'agissant de l'atteinte au coude droit et à la cheville gauche. Les troubles dissociatifs persistaient, mais s'amélioreraient au fil du temps. La poursuite du traitement psychiatrique (prise de

Venlafaxine 150 mg par jour depuis 2021 et psychothérapie une fois toutes les deux à trois semaines) pouvait améliorer la qualité de vie de l'assurée et pourrait permettre d'améliorer sa capacité de travail progressivement en une année. Sur le plan strictement neurologique et neuropsychologique, aucune atteinte somatique durable n'était constatée, de sorte qu'il n'y avait pas de perte à l'intégrité. Il n'y avait pas non plus d'atteinte s'agissant du coude droit et de la cheville gauche. Concernant le genou droit et l'atteinte psychiatrique, le cas n'était pas stabilisé. Le pronostic à long terme sur le plan somatique était bon, mais l'assurée nécessitait encore de la rééducation pour son genou. Sur le plan psychiatrique, le pronostic était bon également au vu de l'amélioration de l'état psychique grâce au traitement et au suivi psychothérapeutique.

nn. Dans un complément d'expertise du 14 août 2023, les experts du W_____ ont confirmé que, sur le plan orthopédique, l'assurée était en mesure de reprendre son activité habituelle à 50% dès le sixième mois post-opératoire et à 100% dès le septième mois post-opératoire. Concernant le lien de causalité entre les troubles de la vision et l'accident du 1^{er} mars 2021, sur le plan neurologique, les troubles neurologiques étaient sans relation de causalité somatique avec l'accident, après une période de syndrome post-commotionnel au décours, et représentaient un trouble dissociatif. Enfin, se prononçant sur les soins à domicile, les experts ont indiqué que, sur les plans orthopédique, neurologique et psychique, ces soins n'étaient pas justifiés ni nécessaires pour les seules suites de l'accident du 1^{er} mars 2021.

oo. Par décision du 22 août 2023, l'assurance a mis fin aux prestations d'indemnités journalières au 31 mai 2023, précisant toutefois qu'elle ne reviendrait pas, à bien plaisir, sur les prestations d'ores et déjà versées jusqu'au 31 juillet 2023. Elle s'est entièrement fondée sur le rapport d'expertise du 16 juin 2023 et sur son complément du 14 août 2023 pour retenir que l'assurée ne subissait plus aucune limitation fonctionnelle physique dans le cadre de son activité professionnelle d'employée administrative en raison des séquelles de l'accident du 1^{er} mars 2021, de sorte qu'il lui était possible de reprendre cette activité à 50% dès le 1^{er} mai 2023 et à 100% dès le 1^{er} juin 2023. S'agissant des frais médicaux, les soins donnés dès le 1^{er} août 2023, à savoir les soins à domicile, les frais de transports et ophtalmologiques, ne relevaient plus de l'assurance-accidents, mais de la garantie de l'assurance-maladie. Les troubles organiques consécutifs aux lésions du genou droit continueraient à être pris en charge jusqu'à la stabilisation du cas. S'agissant des troubles psychiques, l'accident subi par l'assurée ne dépassait pas ce qui était psychologiquement supportable et les circonstances concomitantes n'étaient pas dramatiques, de sorte que l'accident ne revêtait pas un caractère particulièrement impressionnant. Par ailleurs, les lésions subies n'avaient pas nécessité de traitement médical particulier et n'étaient pas de nature à entraîner des troubles psychiques, de sorte que la relation de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'accident ne pouvait pas être admise. La responsabilité de l'assurance

n'était donc pas engagée pour les troubles psychiques et le traitement médical y relatif relevait aussi de la garantie de l'assurance-maladie.

pp. Dans un rapport de suivi neuropsychologique du 12 septembre 2023, Madame AB_____, psychologue spécialisée en neuropsychologie et psychothérapie FSP, a indiqué que l'assurée présentait, dans une moindre mesure, les mêmes difficultés que celles retenues lors du bilan neuropsychologique effectué entre avril et juin 2021, à savoir des troubles attentionnels sévères (distractibilité, faible endurance mentale, effondrement des performances en double tâche, sensibilité au bruit et à la lumière), avec un impact fonctionnel sévère dans la plupart des situations du quotidien, ainsi que sur l'ensemble de l'évaluation, des céphalées importantes, des signes de stress post-traumatique (hypervigilance, évitement et détresse émotionnelle en lien avec l'accident et ses conséquences). La spécialiste a relevé une tendance exacerbée aux céphalées et une photophonophobie, l'assurée étant suivie spécifiquement pour des troubles visuels. Cette dernière manifestait toujours une détresse émotionnelle à l'évocation de l'accident et de ses conséquences et, si elle parvenait certes à mieux comprendre et gérer les situations au quotidien, il persistait toutefois une fatigabilité accrue et des difficultés émotionnelles en lien avec l'accident. Un suivi neuropsychologique restait donc nécessaire.

- B.**
- a.** Le 21 septembre 2023, l'assurée, représentée par un conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision du 22 août 2023, concluant, préalablement, sous suite de frais et dépens, à la restitution de l'effet suspensif et à ce qu'une expertise ophtalmologique soit ordonnée et, principalement, à ce qu'il soit constaté que toutes les atteintes à sa santé étaient en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 1^{er} mars 2021, qu'elle était en incapacité totale de travailler et, implicitement, à la continuation de la prise en charge de son cas par l'assurance. Cela fait, elle a conclu à l'annulation de la décision litigieuse.
 - b.** Le 17 novembre 2023, l'assurée a communiqué à l'assurance un nouveau certificat médical du 19 octobre 2023 indiquant qu'elle était toujours en incapacité totale de travailler.
 - c.** Dans un rapport du 17 novembre 2023, le Dr S_____ a relevé que, s'agissant du genou droit, la rééducation initiale se montrait très favorable, avec une mobilité et une bonne stabilité jusqu'à ce jour. L'assurée avait toutefois été victime d'une entorse de cheville à quatre/cinq mois postopératoires et se plaignait de douleurs au niveau postéro-latéral de son genou depuis lors, avec des dysesthésies et des douleurs tout le long du mollet.
 - d.** Par décision du 16 janvier 2024, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI) a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière de l'assurance-invalidité, basée sur un taux de 90%, dès le 1^{er} mars 2022. L'incapacité de travail de l'intéressée était de 100% dans l'activité habituelle depuis mars 2021

(début du délai d'attente d'un an) et de 50% dans une activité adaptée dès le mois de juin 2023.

e. Par décision sur opposition du 8 février 2024, l'assurance a rejeté l'opposition et intégralement maintenu sa décision initiale sur le fond.

f. Selon un rapport du 13 février 2024 établi par Mme V_____, la correction prismatique sur lunettes photochromiques était encore adaptée et participait à un meilleur équilibre oculo-moteur qui restait toutefois très fragile et en fonction de l'état de forme de l'assurée. Un spasme de convergence se déclenchait très facilement à l'effort de fixation et aux mouvements rapides des yeux. Dès lors, une surveillance orthoptique était souhaitable dès que le bilan neurologique serait effectué.

g. Selon un rapport du 1^{er} mars 2024 du docteur AC_____, médecin spécialiste FMH en neurologie au sein du service de neurorééducation des HUG, l'assurée rapportait une péjoration de son état depuis la dernière consultation, avec des douleurs profondes dans le bras droit et des décharges électriques qui irradiaient depuis la nuque dans l'épaule droite et dans tout le côté interne du membre supérieur droit (jusqu'aux 3^e, 4^e et 5^e doigts), ainsi que des céphalées importantes. Le spécialiste suspectait une composante fonctionnelle majorée par la situation (rente d'invalidité, contestation de l'assurance-accidents sur la prise en charge asséculoologique). L'assurée présentait une péjoration de ses plaintes sans nouveaux écarts constatés à l'examen clinique. Le Dr AC_____ a indiqué avoir expliqué à l'intéressée que ses symptômes pouvaient fluctuer dans le temps et lui avoir proposé de continuer ses thérapies (suivi médical en neurorééducation, orthopédie, psychiatrie de liaison, neuropsychologie et psychothérapie).

- C. a.** Par acte du 8 mars 2024, l'assurée, représentée par une avocate, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée. Elle a conclu, sous suite de frais et dépens, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif. Principalement, elle a conclu à ce qu'il soit constaté que ses limitations fonctionnelles étaient en relation directe avec l'accident du 1^{er} mars 2021 et qu'elle était inapte à travailler et, cela fait, à l'annulation de la décision sur opposition, sauf en ce qui concernait la prise en charge des troubles organiques consécutifs aux lésions du genou droit qui avait été admise par l'assurance, à ce que l'assurance soit condamnée à continuer à payer les indemnités journalières rétroactivement depuis le 1^{er} juin 2023, à poursuivre la prise en charge des frais médicaux, des soins à domicile, des soins ophtalmologiques et des frais de transport, rétroactivement depuis le 1^{er} août 2023, et à ce qu'il soit constaté qu'elle avait sollicité l'assistance juridique. Subsidiairement, elle a conclu à ce qu'une expertise pluridisciplinaire soit ordonnée, y compris un volet ophtalmologique.

En substance, la recourante a fait valoir que son état de santé était en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 1^{er} mars 2021 et que les

conclusions de l'expertise du W_____, sur lesquelles s'était fondé l'intimé étaient en contradiction manifeste avec les avis médicaux de ses médecins traitants. Le médecin-conseil de son ancien employeur avait par ailleurs conclu à l'impossibilité de la réintégrer à son poste de travail, considérant qu'un reclassement était incompatible avec son état de santé.

b. Par décision de la Présidence du Tribunal civil du 28 mars 2024, l'assistance juridique a été octroyée à la recourante.

c. Par arrêt incident du 2 avril 2024 (ATAS/213/2024), la chambre de céans a rejeté la demande d'effet suspensif.

d. Par réponse du 10 juin 2024, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant qu'il n'existait aucun motif valable de s'écarter de l'expertise du W_____ qui avait pleine valeur probante.

e. Par réplique du 28 août 2024, la recourante a persisté dans ses conclusions.

EN DROIT

- 1. 1.1** Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05), la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA - RS 832.20).

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

1.2 À teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA - E 5 10).

Interjeté en temps utile, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA).

- 2.** Le litige porte sur la question de savoir si l'intimé était fondé à mettre un terme au paiement des indemnités journalières pour la période postérieure au 31 juillet 2023, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles invoqués et l'accident du 1^{er} mars 2021.
- 3. 3.1** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1).

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

3.2.1 L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition *sine qua non* de cette atteinte (ATF 142 V 435 consid. 1).

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

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).

3.2.2 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 148 V 138 consid. 5.1.1 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).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le

caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5).

En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 et les références).

En application de la pratique sur les conséquences psychiques des accidents (ATF 115 V 133), l'examen de ces critères doit se faire au moment où l'on ne peut plus attendre de la continuation du traitement médical en rapport avec l'atteinte physique une amélioration de l'état de santé de l'assuré, ce qui correspond à la clôture du cas selon l'art. 19 al. 1 LAA (arrêt du Tribunal fédéral 8C_683/2017 du 24 juillet 2018 consid. 5). L'amélioration de l'état de santé se détermine notamment en fonction de l'augmentation ou de la récupération probable de la capacité de travail réduite par l'accident, étant précisé que l'amélioration attendue par la continuation du traitement médical doit être significative. Des améliorations mineures ne suffisent pas. Cette question doit être examinée de manière prospective. Cela signifie également que l'assureur-accidents doit être au clair s'agissant des troubles somatiques. Ces principes valent en particulier pour l'examen de la causalité adéquate des troubles psychiques avec l'accident, notamment lorsque le critère de la durée et du degré de l'incapacité de travail pour les troubles physiques devait être examiné, ce qui suppose que l'assureur-accidents se fonde sur une documentation médicale probante et complète pour les atteintes accidentelles somatiques (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références). La clôture séparée d'un cas d'assurance-accidents pour les troubles psychiques, d'une part, et les troubles somatiques, d'autre part, n'entre pas en ligne de compte (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

Dans le cas de troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité suppose que l'accident ait eu une importance déterminante dans leur déclenchement. La jurisprudence a tout d'abord classé les 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. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue

objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 140 V 356 consid. 5.3 ; 115 V 133 consid. 6 ; 115 V 403 consid. 5). Sont déterminantes les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent ou d'autres circonstances concomitantes qui n'ont pas directement trait au déroulement de l'accident, comme les lésions subies par l'assuré ou le fait que l'événement accidentel a eu lieu dans l'obscurité (ATF 148 V 301 consid. 4.3.1 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_595/2015 du 23 août 2016 consid. 3 et les références). La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (arrêts du Tribunal fédéral 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 *in* SVR 2013 UV n° 3 p. 8 et 8C_435/2011 du 13 février 2012 consid. 4.2 *in* SVR 2012 UV n° 23 p. 84 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid.3.3).

Selon la jurisprudence (ATF 115 V 403 consid. 5), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minime, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester.

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 entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue (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 juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à

l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut donc prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; 115 V 403 consid. 5c/aa) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsqu'il s'agit d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept, ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante (arrêt du Tribunal fédéral 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 3.3 et la référence). Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références ; 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid. 5c/bb).

4. L'assureur-accidents n'est pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité (ATF 131 V 362 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_493/2022 du 8 mars 2023 consid. 4.5), tout comme l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante pour l'assurance-invalidité (ATF 133 V 549 consid. 6 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_90/2024 du 5 août 2024

consid. 4.4). Cela se justifie notamment lorsque l'assurance-invalidité alloue des prestations pour des troubles dont l'assureur-accidents ne répond pas.

- 5. 5.1** La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références ; 125 V 256 consid. 4 et les références). Pour apprécier le droit aux prestations d'assurances sociales, il y a lieu de se baser sur des éléments médicaux fiables (ATF 134 V 231 consid 5.1).

5.2 Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (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 (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3).

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).

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 135 V 465 consid. 4.4. et les références ; 125 V 351 consid. 3b/bb).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

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 135 V 465 consid. 4.5 et les références ; 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. À cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 ; SVR 2008 IV n. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 8C_755/2020 du 19 avril 2021 consid. 3.2 et les références).

Le but des expertises multidisciplinaires est de recenser toutes les atteintes à la santé pertinentes et d'intégrer dans un résultat global les restrictions de la capacité de travail qui en découlent. L'évaluation globale et définitive de l'état de santé et de la capacité de travail revêt donc une grande importance lorsqu'elle se fonde sur

une discussion consensuelle entre les médecins spécialistes participant à l'expertise. La question de savoir si, et dans quelle mesure, les différents taux liés aux limitations résultant de plusieurs atteintes à la santé s'additionnent, relève d'une appréciation spécifiquement médicale, dont le juge ne s'écarte pas, en principe (ATF 137 V 210 consid. 3.4.2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_162/2023 du 9 octobre 2023 consid. 2.3 et les références).

5.3 Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références ; 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 et les références ; 126 V 353 consid. 5b et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39 consid. 6. 1 et la référence).

5.4 Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a 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. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 15 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).

6. En l'espèce, se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du 16 juin 2023 et sur le complément d'expertise du 14 août 2023, l'intimé a mis un terme au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 juillet 2023 et a refusé la prise en charge du traitement des troubles psychiques de la recourante. L'intimé a en revanche maintenu la prise en charge du traitement des troubles organiques consécutifs aux lésions du genou droit jusqu'à la stabilisation du cas.

Pour sa part, la recourante sollicite la poursuite du versement des indemnités journalières et la prise en charge de ses atteintes à la santé en raison d'une incapacité de travail persistante.

6.1 En premier lieu, il y a lieu d'examiner la valeur probante des documents médicaux au dossier, en particulier le rapport d'expertise du 16 juin 2023 et son complément sur lesquels s'est fondé l'intimé pour rendre la décision litigieuse.

La chambre de céans constate que le rapport d'expertise remplit, sur le plan formel, les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. Il contient en effet le résumé du dossier, une anamnèse, les indications subjectives de la recourante, des observations cliniques, ainsi qu'une discussion générale et consensuelle du cas. Chacun des experts a en outre énoncé les diagnostics retenus et répondu à toutes les questions posées.

Au terme du colloque de synthèse, ces derniers ont ainsi retenu les diagnostics de status après AVP ayant entraîné un TCC mineur avec plaie du cuir chevelu et syndrome post-commotionnel, une possible contusion labyrinthique, une contusion du coude droit sans atteinte neurologique associée, un descellement d'une couronne de Richemont 16, une persistance de troubles neurologiques et visuels atypiques sans substrat somatique clairement objectivable, une rupture du ligament croisé antérieur et du ligament latéral externe au genou droit, un status après réparation chirurgicale de ces ligaments, une entorse de grade II de la cheville gauche, une entorse de la cheville droite quatre semaines avant l'expertise, ainsi qu'un trouble dissociatif à symptômes neurologiques avec troubles de la vision (code 6B60.0 selon la CIM-11), avec d'autres troubles sensoriels (code 6B60.3 CIM-11), avec parésie ou faiblesse (code 6B60.6 CIM-11) et avec symptômes cognitifs (code 6B60.9 CIM-11). En revanche, sur le plan neuropsychologique, aucun trouble spécifique n'était retenu en lien avec l'accident, étant relevé que seule la capacité de mobilisation des compétences cognitives pouvait être momentanément entravée en raison de modifications du comportement qui, pour être spectaculaires, n'étaient pas pour autant attribuables à un trouble neuropsychologique strict, à savoir d'origine lésionnelle cérébrale (cf. rapport d'expertise, p. 43).

Le rapport d'expertise retient qu'une incapacité de travail subsiste en raison des douleurs au genou, des difficultés à déambuler, à monter et descendre les escaliers, de sorte qu'une reprise d'activité progressive était possible dès le mois de mai 2023 dans une activité principalement administrative et sédentaire dans un premier temps. Les experts ont en outre retenu que les troubles dissociatifs étaient à l'origine des limitations fonctionnelles suivantes : des bizarreries du comportement, un manque d'énergie, une hypersensibilité au stress, des difficultés dans la gestion des émotions (irritabilité en cas de fatigue), une diminution de la capacité d'adaptation au changement et une limitation des capacités cognitives d'étiologie psychologique (cf. rapport d'expertise, p. 46).

Au terme de leur consensus pluridisciplinaire, ces spécialistes ont considéré que les diagnostics susmentionnés entraînaient une incapacité de travail complète dans l'ancienne activité d'adjointe administrative depuis le jour de l'accident, soit le 1^{er} mars 2021, mais qui pourrait être récupérée progressivement « d'ici probablement un an ». Dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles dues au trouble psychique, à savoir, une activité peu exigeante avec le moins de stress possible, peu de responsabilités, demandant peu d'adaptation et peu de rapidité, sans tâches complexes et dans un environnement calme, la capacité de travail de l'assurée était de 50% « dès le jour de l'expertise » (cf. rapport d'expertise, p. 46). Sur question complémentaire de l'intimé, les experts neurologue, orthopédiste et psychiatre ont confirmé que, sur le plan orthopédique, la recourante pouvait reprendre son activité habituelle (adjointe administrative) à 50% dès le 6^e mois post-opératoire (soit, dès le 1^{er} mai 2023) et à 100% dès le 7^e mois post-opératoire (soit, le 1^{er} juin 2023), étant rappelé que l'opération du genou droit avait eu lieu le 31 octobre 2022 (cf. complément d'expertise du 14 août 2023, p. 2).

6.1.1 S'agissant du volet neurologique, l'expert X_____ a relevé que l'examen effectué était très atypique dans son ensemble, avec des troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique certain au niveau hémicorporel droit, comportant des incohérences intratest. Il a notamment mentionné que l'examen des membres supérieurs révélait des troubles assez atypiques avec une épreuve des bras tendus caractérisée par une chute freinée et une déviation vers la droite des deux extrémités supérieures, ainsi qu'un ralentissement important des mouvements rapides en testing formel. En outre, les épreuves de coordination étaient effectuées de façon dysmétrique atypique au niveau du membre supérieur droit et normalement pratiquée à gauche, l'épitrôchlée et l'épicondyle droits paraissaient fortement sensibles alors que l'examen du nerf ulnaire au passage du coude et du poignet était sans particularité. Par ailleurs, la recherche du signe de Tinel sur le nerf médian droit au niveau du canal carpien semblait positive, mais la manœuvre de Phalen était négative bilatéralement. Selon l'expert, il n'y avait pas d'élément clairement indicateur d'une atteinte radiculaire ou tronculaire au niveau du membre supérieur droit au vu des résultats des ENMG pratiqués préalablement et du résultat des IRM. Concernant l'examen des membres inférieurs, l'expert a noté d'autres incohérences, à savoir, le testing de la force musculaire était caractérisé par des phénomènes de lâchage étagés au niveau du membre inférieur droit, mais totalement préservé à gauche. En outre, à l'examen de la sensibilité, la recourante signalait une possible hypoesthésie tactile et douloureuse du pied droit dans son ensemble, alors que la sensibilité posturale et vibratoire était intacte. Il existait une possible irritation du nerf fibulaire au niveau du péroné, mais cette irritation n'expliquait pas clairement le tableau de sciatalgies formulées par la recourante, au vu, notamment, d'une IRM et d'un ENMG normaux (cf. rapport d'expertise, p. 38). L'examen neurologique n'avait pas non plus révélé de limitation significative de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire. L'expert neurologue

a également retenu des troubles de l'oculomotricité qu'il a qualifiés de « tout à fait étonnants », à savoir une acuité visuelle et les champs visuels préservés, alors qu'il était observé une importante altération atypique de l'oculomotricité, avec une dyssynergie des globes, accompagnée d'une diplopie constante. En conclusion, l'expert a affirmé que l'accident avait occasionné un traumatisme cranio-cérébral, avec une commotion simple et une plaie du cuir chevelu. L'accident avait vraisemblablement été suivi d'un syndrome post-commotionnel expliquant les maux de tête, les sensations vertigineuses et les troubles neuropsychologiques. Toutefois, les examens IRM du cerveau étaient normaux (cf. IRM cérébrale du 8 mars 2021) et le seul événement accidentel ne permettait pas d'expliquer l'importance et l'atypie des constatations cliniques effectuées lors de l'examen d'expertise, de sorte qu'il devait évoquer la participation de facteurs psychiques dans l'évolution défavorable du cas.

Cette conclusion correspond à celle à laquelle est parvenu le Dr AC_____ dans son rapport du 1^{er} mars 2024, à savoir que la présence de troubles sensitifs du bras droit ne respectait pas un territoire nerveux, notamment ulnaire ou radiculaire, et que, si l'ENMG du 18 juin 2021 avait certes montré un discret ralentissement de conduction du nerf ulnaire droit, de type sensitif et myélinique, l'ENMG du mois de mai 2022 [*recte* : du 18 juillet 2022] n'avait montré aucune anomalie à ce niveau. Le neurologue traitant était ainsi d'avis que la recourante présentait une péjoration de ses plaintes, sans nouveaux écarts constatés à l'examen clinique, de sorte qu'il suspectait une composante fonctionnelle majorée par la situation liée à la rente d'invalidité et à la contestation de la prise en charge asséculo-logique par l'assurance-accidents. Dans le même sens, selon un rapport du 21 avril 2023, la Dre K_____ a fait état de symptômes neurologiques d'origine fonctionnelle, déclenchés par l'accident qui se rajoutaient au syndrome post-commotionnel et à la rupture du ligament croisé antérieur du genou droit alors que la recourante présentait déjà des difficultés dans la gestion de son stress au vu de ses antécédents (diagnostics de trouble anxio-dépressif et de *Partner Relational Problem* retenus en 2016 retenus par le Dr Q_____ dans son rapport du 30 novembre 2022, p. 2).

Au vu de ce qui précède, la chambre de céans retiendra que l'analyse de l'expert neurologue est dûment motivée et corroborée par celles des Drs Q_____ et K_____, de sorte qu'elle a valeur probante.

6.1.2 Concernant l'aspect orthopédique, l'expert Y_____ a indiqué que, s'agissant du coude droit, l'évolution était favorable, même s'il persistait des douleurs occasionnelles sans déficit de la fonction en flexion extension et prosupination qui étaient complètes et symétriques. Concernant la cheville gauche, l'évolution était aussi favorable, les amplitudes articulaires tibio-tarsiennes et sous-astragaliennes complètes, il n'y avait pas de tuméfaction ni de laxité ligamentaire résiduelle dans le plan antéropostérieur et en varus. L'expert orthopédique considérait donc que, sur le plan médical, deux ans après l'événement et en l'absence d'atteinte

structurelle démontrée, les atteintes au coude droit et à la cheville gauche étaient stabilisées. En revanche, le genou droit présentait un status quatre mois et demi après la réparation chirurgicale des ligaments croisés antérieur et latéral externe. Il a relevé, entre autres, des douleurs à la mobilisation dans le compartiment fémoro-patellaire et le creux polité, la marche à l'aide d'une canne en raison d'une appréhension concernant le genou et la cheville droite, ainsi qu'une amyotrophie de l'ordre de 2 cm au niveau de la cuisse et de 1,5 cm au niveau du mollet, ainsi qu'une flexion extension établie à 130-0-0°, de sorte que la situation n'était pas encore stabilisée. S'agissant de l'entorse à la cheville droite, dont la recourante avait été victime postérieurement à l'opération du genou droit, celle-ci était traitée conservativement avec la rééducation et une attelle de protection, le bilan radiologique ne montrant pas de fracture.

Si le Dr S_____ a certes relevé, dans son rapport du 17 novembre 2023, que la rééducation du genou droit se montrait très favorable, avec une bonne mobilité et une bonne stabilité jusqu'à ce jour, il a également indiqué que la recourante avait été victime d'une entorse de la cheville droite entre quatre et cinq mois après l'opération du genou droit et qu'elle se plaignait de douleurs au niveau postéro-latéral de son genou, avec des dysesthésies et des douleurs tout le long du mollet. En conclusion, ce spécialiste a préconisé de continuer un traitement physiothérapeutique surtout centré sur la cheville dans ce contexte. La teneur de ce rapport n'apparaît ainsi aucunement en contradiction avec l'expertise du Dr Y_____ qui retient aussi la nécessité de poursuivre le traitement de rééducation du genou droit. La conclusion du Dr S_____ selon laquelle le traitement de rééducation doit être centré sur la cheville droite n'est pas non plus de nature à remettre en cause l'analyse de l'expert orthopédique dès lors que l'entorse à la cheville droite est postérieure de près de deux ans à l'accident du 1^{er} mars 2021, de sorte que le lien de causalité naturelle doit être exclu au degré de la vraisemblance prépondérante. Par ailleurs, s'agissant de la durée du traitement de rééducation du genou droit, même si l'expert a retenu une durée de 12 à 18 mois depuis la date de l'intervention chirurgicale au genou droit (le 31 octobre 2022), alors qu'une période de douze mois s'était déjà écoulée lorsque le Dr S_____ a préconisé la poursuite de la rééducation (cf. rapport du Dr S_____ du 17 novembre 2023), l'intimé a accepté de poursuivre la prise en charge des troubles organiques consécutifs aux lésions du genou droit jusqu'à la stabilisation du cas (cf. décision du 22 août 2023, p. 2 et décision litigieuse, p. 9), de sorte que cette divergence temporelle n'est pas déterminante.

Au vu des éléments qui précèdent, l'expertise orthopédique doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

6.1.3 S'agissant du volet neuropsychologique, M. AA_____ a indiqué que l'examen n'avait mis en évidence qu'un ralentissement peu spécifique et variable en intensité, s'accroissant lorsque les comportements de la recourante se dégradent en milieu de séance (lorsque, à la suite d'une période d'absence, elle

se désorganisait, bâclait ses tâches graphiques, se comportait sur un mode enfantin, régressait et manifestait des quasi-attitudes d'écoute) et redevenaient à peu près normaux par la suite, le ralentissement s'atténuant notablement et les modes de réponse redevenant adéquats. L'examen ne permettait pas de mettre en évidence un trouble cognitif et il ne pouvait être retenu un quelconque diagnostic neuropsychologique. Les comportements de la recourante susmentionnés n'étaient pas typiques d'un trouble neuropsychologique et étaient constatés alors qu'aucune lésion cérébrale n'avait été mise en évidence suite à l'accident. Sans nier que la capacité de mobilisation des compétences cognitives était fortement entravée par les manifestations comportementales observées durant l'examen, l'expert neuropsychologue ne pouvait considérer ces troubles comme des troubles neuropsychologiques au sens strict. Le spécialiste a en revanche relevé que ces troubles étaient compatibles avec le diagnostic de trouble dissociatif retenu par l'expert psychiatre.

Dans son rapport du 12 septembre 2023, la neuropsychologue traitante de la recourante, Mme AB_____, a indiqué que la fréquence du suivi neuropsychologique avait diminué après l'hospitalisation (suivi hebdomadaire durant l'hospitalisation, puis en ambulatoire toutes les deux semaines, une fois par mois) et que ce suivi était axé sur la gestion de la fatigue post TCC, le traitement du stress post-traumatique et la gestion émotionnelle au quotidien. Cette spécialiste a en outre expliqué que la recourante parvenait à mieux comprendre et gérer les situations du quotidien, même s'il persistait une fatigabilité accrue et des difficultés émotionnelles en lien avec l'accident.

Force est ainsi de constater que l'appréciation médicale du cas d'espèce par Mme AB_____ ne permet pas de remettre en cause les conclusions de l'expertise de M. AA_____ que la chambre de céans considère comme étant probantes.

6.1.4 Sur le plan psychiatrique, l'expert psychiatre a retenu le diagnostic de trouble dissociatif à symptômes neurologiques avec troubles de la vision (code 6B60.0 CIM-11), avec d'autres troubles sensoriels (code 6B60.3 CIM-11), avec parésie ou faiblesse (code 6B60.6 CIM-11) et avec symptômes cognitifs (code 6B60.9 CIM-11). Il considère l'état de santé comme non stabilisé sur le plan psychiatrique et préconise la poursuite des séances de thérapie et du traitement psychothérapeutique pour éviter une détérioration de son état et favorise une reprise progressive du travail en l'espace d'une année. Le pronostic était bon au vu de l'amélioration de l'état psychique déjà constatée suite à la mise en place du suivi et de la prescription de Venlafaxine (cf. rapport d'expertise, p. 48). En conclusion, l'expert n'a retenu aucun trait de personnalité pathologique. La recourante n'avait aucune habitude toxique et l'anamnèse ne permettait pas de mettre en évidence une possible fragilité antérieure telle que mentionnée dans certains rapports neurologiques. L'intéressée n'était pas repliée socialement. L'examen psychiatrique était dans les limites de la norme : il n'avait été constaté aucun signe des lignées dépressives, anxieuse ou psychotique (pas de barrage ou

d'attitude d'écoute, d'idée délirante, de comportement incohérent, de trouble du raisonnement ou du jugement). Aucun signe patent de troubles cognitifs n'était observé, la recourante n'étant aucunement ralentie, ni somnolente durant l'entretien d'expertise. Aucun signe de fatigue patent n'avait par ailleurs été observé. S'agissant du traitement, la prise en charge paraissait adéquate et bien investie par la recourante, son adhérence à la Venlafaxine étant bonne et la posologie pouvant être augmentée au besoin. Le spécialiste a précisé que la psychothérapie devrait se focaliser sur l'aspect fonctionnel de la symptomatologie neurologique et neuropsychologique fonctionnelle.

Par ailleurs, à la lecture du volet psychiatrique du rapport, il est constaté que l'expert psychiatre a écarté de façon claire et dûment motivée le diagnostic de stress post-traumatique retenu par les Drs Q_____ et K_____ (cf. rapports du Dr Q_____ des 9 août et 30 novembre 2022 et rapport de la Dre K_____ du 9 mars 2022), étant au demeurant relevé que ces derniers ne sont pas psychiatres, mais médecins spécialistes en neurorééducation, de sorte qu'ils ne sont, en tout état de cause, pas habilités à poser un tel diagnostic. L'expert a ainsi expliqué que la recourante ne s'était plainte d'aucun symptôme évident d'état post-traumatique tel qu'une reviviscence de l'événement traumatique, un évitement ou une hypervigilance. En particulier, elle n'avait fait état d'aucun cauchemar lié à l'accident, elle ne souffrait pas de souvenir intrusif de l'accident, étant même retournée sur les lieux de celui-ci sans se sentir angoissée. Elle avait tout de même été plus vigilante lorsqu'elle se promenait dans la rue jusqu'à ce que le traitement de Venlafaxine lui soit prescrit, au mois d'août 2021 (cf. rapport d'expertise, p. 19). L'expert Z_____ a en outre relevé que la description symptomatique faite par les neurologues traitants de la recourante n'était pas spécifique au trouble de stress post-traumatique (cf. rapport d'expertise, p. 36). Au surplus, la chambre de céans relève que les conclusions de l'expert psychiatre ne sauraient être valablement remises en cause par le diagnostic de tensions et détresse émotionnelle secondaires aux séquelles de l'accident sur le plan somatique et de la qualité de vie (sic) retenu par la psychologue traitante, dès lors que ce diagnostic n'est pas motivé (cf. rapport de Mme U_____ du 22 février 2023). Enfin, il est constaté que Mme AB_____ (psychologue traitante) a fait état de signes de stress post-traumatique (hypervigilance, évitement et détresse émotionnelle en lien avec l'accident et ses conséquences) dans son rapport du 12 septembre 2023, sans toutefois retenir le diagnostic de stress post-traumatique.

Au vu des éléments qui précèdent, la chambre de céans considère que les avis médicaux des médecins traitants ne sont pas de nature à remettre en cause l'expertise psychiatrique du Dr Z_____ qui doit donc se voir reconnaître une pleine force probante.

6.1.5 S'il convient certes d'accorder force probante aux différents volets de l'expertise, il apparaît toutefois que la motivation consensuelle des experts quant à la capacité de travail de la recourante est confuse. En effet, ces spécialistes ont

considéré que la capacité de travail de la recourante dans l'activité exercée lors de la survenance de l'accident, soit l'activité d'adjointe administrative auprès de l'Université de Genève, était nulle, mais qu'elle pourrait être récupérée progressivement « d'ici probablement un an ». La recourante présentait une capacité de travail résiduelle d'environ 50% « dès le jour de l'expertise » dans une activité adaptée à son trouble psychiatrique, à savoir une activité peu exigeante (avec le moins de stress possible, peu de responsabilités, demandant peu d'adaptation et peu de rapidité et sans tâches complexes), dans un environnement calme (cf. rapport d'expertise, p. 46). À titre d'activité adaptée, compte tenu de son handicap et en faisant abstraction de son âge, les experts ont indiqué qu'il pouvait être raisonnablement exigé qu'elle travaille dans une activité administrative principalement sédentaire, en position assise, sans long déplacement, à partir du sixième mois postopératoire, sans diminution de rendement (cf. rapport d'expertise, p. 47).

Selon le rapport d'expertise complémentaire du 14 août 2023, l'intimée a demandé des précisions aux experts concernant la capacité de travail de la recourante, à savoir :

« En page 39 [de l'expertise], il est noté ceci : "en ce qui concerne la capacité de travail, l'examen clinique rassurant pour le genou droit permet de conclure que l'on peut raisonnablement s'attendre à une reprise progressive d'activité dès le sixième mois postopératoire dans une activité sollicitant peu le genou droit. L'activité habituelle de l'expertisée de type administratif plutôt sédentaire est une activité adaptée [NDR : en gras dans le texte] et dans ce cas, on peut s'attendre à une reprise à 50% dès le sixième mois postopératoire puis en fonction de l'évolution à 100% dès le septième mois postopératoire".

À la question 8.2 page 46 vous mentionnez ceci : "Douleurs au genou, difficultés à déambuler, monter descendre les escaliers. Une reprise d'activité progressive était possible dès mai 2023 (après le sixième mois postopératoire) dans une activité principalement administrative et sédentaire dans un premier temps" ».

Au vu de ces éléments, l'intimé a demandé aux experts de confirmer que la recourante pouvait reprendre une activité professionnelle dans son activité habituelle à 50% dès le sixième mois post-opératoire et à 100% dès le septième mois post-opératoire. Les experts ont répondu en les termes suivants : « sur le plan orthopédique, oui ».

L'intimé s'est ensuite fondé sur cette réponse pour rendre la décision litigieuse, indiquant qu'au vu des conclusions de l'expertise, la recourante était en mesure de reprendre son activité habituelle d'adjointe administrative à 50% dès le 1^{er} mai 2023 et à 100% dès le 1^{er} juin 2023 (cf. décision litigieuse, p. 8).

Au vu de la réponse des experts susvisée, force est de constater que ces derniers ont estimé qu'une capacité de travail était donnée dans l'activité habituelle à 50% dès le sixième mois post-opératoire et à 100% dès le septième mois

post-opérateur sur le plan orthopédique uniquement, et n'ont en réalité pas répondu de manière consensuelle, soit en prenant en considération l'ensemble des atteintes, y compris psychiatriques, de la recourante.

Par ailleurs, selon les pièces du dossier, la description de l'activité habituelle d'adjointe administrative, considérée comme adaptée par les experts, ne correspond pas aux limitations retenues dans le rapport d'expertise, à savoir une activité peu exigeante, avec le moins de stress possible, peu de responsabilités, demandant peu d'adaptation et peu de rapidité, sans tâches complexes, dans un environnement calme (cf. rapport d'expertise, p. 46).

En effet, selon un rapport de visite du 19 mai 2021, établi par l'intimé, l'activité habituelle d'adjointe administrative consistait à gérer les finances de l'Université, ainsi que les projets financiers avec l'Europe et les États-Unis. Il lui était en outre demandé beaucoup de concentration, « car il y avait les chiffres et elle [devait] écrire en anglais et parler au téléphone en anglais ». Par ailleurs, dans un rapport du 26 octobre 2022, le médecin du travail a relevé que, globalement, le pronostic de retour au travail était favorable, mais pas à son « poste actuel », les limitations fonctionnelles identifiées étant l'impossibilité de téléphoner, de participer à des réunions, de faire des supervisions directes de collègues, de partager un bureau et d'être en contact fréquent avec d'autres personnes. Un retour au travail dans un poste adapté (reconversion, reclassement) était envisageable, par exemple dans le domaine de la documentation. Enfin, lors de l'expertise, la recourante a indiqué que son ancienne activité nécessitait beaucoup de concentration et des déplacements réguliers au sein de l'université pour rencontrer les chercheurs responsables des projets (cf. rapport d'expertise, p. 22). Il apparaît ainsi que l'activité habituelle d'adjointe administrative ne correspond pas à une activité adaptée aux limitations fonctionnelles retenues de manière consensuelle par les experts. Il semble en outre douteux que la profession auparavant exercée par la recourante, qui nécessitait des déplacements réguliers au sein de l'Université de Genève, soit adaptée à son atteinte au genou droit et, en particulier, à la marche à l'aide d'une canne constatée par les experts lors des examens d'expertise (cf. volets neurologique et orthopédique du rapport d'expertise, pages 23 et 24).

6.1.6 Au vu de ce qui précède, il sera retenu que les conclusions de l'expertise diligentée par l'intimé ne permettent pas d'établir clairement la capacité de travail de la recourante, en particulier de savoir si celle-ci est véritablement donnée dans l'activité habituelle d'adjointe administrative. Or, pour se voir conférer pleine valeur probante, l'appréciation de la situation médicale doit être claire et les conclusions des experts dûment motivées (ATF 125 V 352 consid. 3a). Par conséquent, l'intimé ne pouvait pas valablement se fonder sur l'expertise pour rendre la décision litigieuse.

6.2 Dans son recours, la recourante a conclu à ce qu'une expertise judiciaire pluridisciplinaire comprenant également une évaluation ophtalmologique soit ordonnée.

La chambre de céans ayant retenu ci-dessus que les différents volets de l'expertise diligentée par l'intimé doivent se voir reconnaître valeur probante, une expertise judiciaire ne se justifie pas dans chacune des disciplines médicales concernées. Il s'agit cependant d'examiner si une expertise complémentaire en ophtalmologie, au sens de l'art. 44 LPGA, est requise au vu des éléments médicaux figurant au dossier.

6.2.1 Il ressort du volet neurologique de l'expertise que l'acuité visuelle et les champs visuels de la recourante étaient préservés, mais qu'une importante altération atypique de l'oculomotricité était observée, avec une dyssynergie des globes accompagnée d'une diplopie constante (cf. rapport d'expertise, p. 37), qualifiée par l'expert neurologue de « troubles de l'oculomotricité tout à fait étonnants » (cf. rapport d'expertise, p. 38). Par ailleurs, au terme de l'expertise, les experts ont indiqué avoir retenu, de manière consensuelle, que l'incapacité de travail de la recourante subsistait en raison de son atteinte au genou droit et des troubles dissociatifs constatés par l'expert psychiatre (cf. rapport d'expertise, p. 46), retenant en particulier le diagnostic de trouble dissociatif à symptômes neurologiques, avec troubles de la vision (code 6B60.0 CIM-11 ; cf. rapport d'expertise, p. 43). Selon la description contenue dans la CIM-11 (disponible sur le site de l'Organisation mondiale de la santé [OMS] sous le lien suivant : <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/fr#197468567>, consulté le 10 janvier 2025), ce trouble se caractérise par des symptômes visuels tels qu'une cécité, une vision étroite, une diplopie et des déformations ou hallucinations visuelles, qui ne correspondent pas à une maladie reconnue du système nerveux, à un autre trouble mental, comportemental ou neurodéveloppemental, ou à une autre affection médicale et qui ne surviennent pas exclusivement au cours d'un autre trouble dissociatif. Les experts ont ainsi retenu un diagnostic psychiatrique (trouble dissociatif) associé à un trouble de la vision. Il convient toutefois de relever que ces experts ne sont pas des spécialistes dans le domaine de l'ophtalmologie, de sorte qu'il apparaît nécessaire d'examiner si des éléments médicaux relevant de cette discipline et établis par des spécialistes de ce domaine médical sont de nature à justifier la mise en œuvre d'une expertise ophtalmologique complémentaire.

En premier lieu, il est constaté que, dans un rapport du 16 novembre 2022, le Dr T_____ (ophtalmologue) a exclu tout diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, relevant une mise en évidence d'un trouble réfraction complètement corrigible avec des lunettes, un pronostic et une évolution de l'atteinte qualifiés de bons et aucune restriction fonctionnelle du point de vue de sa spécialité. Aucun suivi ophtalmologique n'était préconisé. L'intéressée était en mesure de reprendre une activité professionnelle, à savoir son activité habituelle, à 100%. En outre, dans un rapport du 18 novembre 2022, la Dre L_____ (ophtalmologue) a retenu le diagnostic de TC sans perte de connaissance et une diplopie dans certaines positions du regard. Concernant la répercussion de cette atteinte à la santé dans les domaines courants de la vie, la

spécialiste a indiqué que l'assurée voyait double. Elle ne s'est toutefois pas prononcée sur la capacité de travail de la recourante. Enfin, selon un bilan orthoptique du 1^{er} mai 2023, Mme V_____ (orthoptiste) a indiqué que le syndrome post commotionnel occasionnait de multiples troubles, notamment une vision double intermittente de loin comme de près, ainsi qu'une photosensibilité importante. La correction prismatique intégrée sur les lunettes photochromiques de la recourante était adaptée et participait à un meilleur équilibre oculo-moteur qui restait cependant fragile, un spasme de convergence se déclenchant facilement à l'effort prolongé de fixation ou lors de mouvements rapides des yeux, de sorte qu'une surveillance orthoptique était souhaitable dans trois mois.

Les deux rapports médicaux et le bilan orthoptique susvisés, sur lesquels les experts ne se sont pas expressément prononcés, font ainsi état de troubles de la vision dont le pronostic a été qualifié de bon par le Dr T_____ et pour lesquels aucun suivi ophtalmologique n'a été préconisé par ce même spécialiste et une surveillance orthoptique a été qualifiée de souhaitable dans un délai de trois mois par Mme V_____.

Or, à la lecture du bilan orthoptique de Mme V_____ du 13 février 2024 et du rapport du Dr AC_____ du 1^{er} mars 2024, postérieurs à l'expertise, force est de constater que l'évolution positive des troubles de la vision envisagée par le Dr T_____ et Mme V_____ dans leurs rapports susvisés ne s'est pas vérifiée dès lors que ces troubles sont toujours présents chez la recourante plus d'une année après leurs évaluations médicales respectives : en effet, Mme V_____ a retenu que si la correction prismatique sur lunettes photochromiques était encore adaptée et participait à un meilleur équilibre oculo-moteur, cet équilibre restait toutefois très fragile et fonction de l'état de « forme » de la recourante. Par ailleurs, un spasme en convergence se déclenchait très facilement à l'effort de fixation et aux mouvements rapides des yeux, de sorte qu'une surveillance orthoptique était souhaitable dès qu'un bilan neurologique serait effectué. Si le Dr AC_____ n'est pas un spécialiste du domaine de l'ophtalmologie, force est de constater que ce dernier a également relevé, s'agissant des nerfs crâniens, une poursuite oculaire marquée par des spasmes de convergence notamment à droite, mais aussi à gauche. Au vu de ce qui précède, il doit être retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles visuels persistaient au mois de mars 2024.

6.2.2 Il apparaît ainsi que les rapports de Mme V_____ et du Dr AC_____ susmentionnés sont de nature à mettre en doute l'analyse effectuée par les Drs T_____ et L_____, point qui nécessite d'être instruit. Il sera ici rappelé que, si le diagnostic incapacitant de trouble dissociatif à symptômes neurologiques avec troubles de la vision (code 6B60.0 CIM-11) a été retenu dans l'expertise, celle-ci n'a pas comporté de volet ophtalmologique, de sorte que l'analyse effectuée par les experts ne comporte pas une analyse complète dans cette spécialité. Par ailleurs, quand bien même ce diagnostic faisant état de troubles de

la vision a été retenu, l'examen de la capacité de travail de la recourante ne fait pas état de ces troubles oculaires, ni des éventuelles limitations fonctionnelles en découlant. Dans ces circonstances, la chambre de céans considère que les troubles de la vision de la recourante et leur incidence sur la capacité de travail de la recourante devront faire l'objet d'une expertise ophtalmologique complémentaire, en particulier au vu de la capacité de travail admise par les experts et par l'intimé, dans un premier temps à 50% puis à 100%, dans une activité d'adjointe administrative qui nécessite, selon toute vraisemblance, une acuité visuelle certaine et en l'absence de limitation fonctionnelle retenue en lien avec les troubles de la vision susvisés.

6.3 Au vu des éléments qui précèdent, la chambre de céans est d'avis qu'aucun élément médical versé au dossier ne permet de statuer, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, sur les troubles ophtalmologiques allégués par la recourante, sur leur relation de causalité naturelle avec l'accident, sur les éventuelles limitations fonctionnelles qui en découlent et sur l'évaluation de la capacité de travail de la recourante, ce qui justifie un renvoi de la cause à l'intimé afin que soit mise en œuvre une expertise ophtalmologique complémentaire au sens de l'art. 44 LPGa.

Il conviendra en outre que les experts se déterminent de manière claire sur la capacité de travail de la recourante en précisant, en particulier, dans l'hypothèse où une capacité de travail serait retenue, si celle-ci doit être reconnue dans l'activité habituelle d'adjointe administrative telle que décrite ci-dessus ou dans une activité adaptée, et d'en préciser la nature et les éventuelles limitations fonctionnelles, en fonction également des conclusions de l'expertise complémentaire ophtalmologique.

Les atteintes somatiques n'ayant pas été suffisamment investiguées par l'intimé, l'examen de la causalité adéquate entre l'accident du 1^{er} mars 2021 et les troubles psychiques est prématuré, conformément à la jurisprudence fédérale applicable en la matière (arrêt du Tribunal fédéral 8C_235/2020 du 15 février 2021 consid. 2.3 et les références).

Il en va de même concernant l'examen du taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, puisque les atteintes à la santé et les limitations fonctionnelles dues à l'accident ne sont en l'état pas établies.

Il incombera à l'intimé de se déterminer sur ces questions une fois que les troubles somatiques auront été investigués et clarifiés.

7. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis, la décision sur opposition litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants.
8. La recourante obtenant partiellement gain de cause et étant assistée d'une avocate, une indemnité de CHF 2'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais

et dépens (art. 61 let. g LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).

Pour le surplus, en l'absence de loi spéciale prévoyant des frais judiciaires, la procédure est gratuite (art. 61 let. f^{bis} LPGA en lien avec l'art. 1 al. 1 LAA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 8 février 2024.
4. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, puis nouvelle décision, au sens des considérants.
5. Alloue à la recourante une indemnité de dépens de CHF 2'500.-, à la charge de l'intimé.
6. Dit que la procédure est gratuite.
7. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie KOMAISKI

Justine BALZLI

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