

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1865/2014

ATAS/15/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 janvier 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à BEAUMONT, France

recourante

contre

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

intimée

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1972, domiciliée _____ route B_____ à Beaumont (France), travaille en qualité d'infirmière spécialisée en soins intensifs auprès des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Bâloise assurances (ci-après la Bâloise ou l'intimée).
2. Par déclaration d'accident du 27 août 2013, l'employeur a annoncé un événement survenu en date du 2 août 2013 : en jouant avec ses enfants dans un parc, l'assurée a cogné un toboggan avec la tête et est tombée sur le sol.
3. Transportée au centre hospitalier de Die, le médecin urgentiste a effectué une radio, suspectant une fracture en C5-C6. L'assurée a ensuite été transférée à l'hôpital CHU de Valence pour effectuer un scanner, lequel a révélé une protrusion discale paramédiane en C5-C6. Il n'y avait pas de lésion osseuse traumatique. A sa sortie de l'hôpital de Die, l'assurée portait une minerve et des antalgiques ont été prescrits.
4. Le 26 août 2013, l'assurée a consulté les docteurs C_____, médecin interne au département des neurosciences cliniques des HUG, service de neurochirurgie, et D_____, chef de clinique, pour des cervicalgies post-traumatiques non déficitaires en cours d'amélioration. Dans leur rapport du 2 septembre 2013, les neurochirurgiens ont diagnostiqué une hernie discale C5-C6, objectivée sur un CT-scan sagittal et ont préconisé de compléter le tableau clinique par une IRM. Les neurochirurgiens indiquent que début août 2013, suite à un impact accidentel sur le front, la patiente fait une hyperextension de la nuque et rapportent l'apparition immédiate de cervicalgies très importantes, sans irradiation dans les membres supérieurs, sans paresthésie ou parésie. Aux urgences de l'Hôpital de Die, le bilan a été complété par un Ct-scan en raison de la suspicion d'une fracture C5-C6. Ce dernier diagnostic a été infirmé sur le scanner. La patiente était rentrée à domicile au bénéfice d'un traitement antalgique et d'une minerve. Depuis, les douleurs étaient en diminution et situées au bas de la nuque avec une très discrète irradiation au niveau de l'épaule droite. Elle ne prenait alors aucun traitement antalgique et portait la minerve de manière épisodique, avec un bon effet antalgique. Néanmoins, la patiente rapportait une limitation dans ses activités quotidiennes.
5. Dans un rapport médical initial daté du 1^{er} octobre 2013, la doctoresse E_____, médecine générale et santé de la femme à Onex, a diagnostiqué un choc frontal avec protrusion discale C5-C6. L'assurée présentait des douleurs, des courbatures et une mobilité nettement diminuée suite à un choc frontal contre un toboggan. L'incapacité de travail était totale depuis le 2 août 2013, probablement jusqu'au 31 octobre 2013.

6. Le 11 octobre 2013, une IRM de la colonne cervicale a montré une volumineuse herniation paramédiane droite au niveau 5C-C6, entrant en contact et déplaçant la moelle épinière postérieurement.
7. Le docteur F_____, neurochirurgien exerçant auprès de la clinique d'Argonay (France), a communiqué à la Dresse E_____, le 25 novembre 2013, copie du résumé de la consultation de l'assurée. Il a indiqué que les radiographies et le scanner du 2 août 2013 ne montraient pas de fracture, mais déjà une image d'hernie discale C5-C6 droite. A priori, le délai d'observation est en faveur d'une NCB (névralgie cervico-brachiale) rebelle par hernie discale C5-C6 droite qui relèvera d'un traitement chirurgical ; pour en être absolument certain, un test par reprise d'une activité physique professionnelle et de loisir normal était nécessaire. Il précisait qu'il était préférable de ne pas attendre l'apparition d'un déficit neurologique pour limiter les séquelles ultérieures.
8. Le 28 novembre 2013, la Dresse E_____ a requis l'accord du médecin-conseil de la Bâloise pour une intervention au See-Spital de Zürich, par le docteur G_____.
9. En date du 14 décembre 2013, le cas de l'assurée a été examiné par le médecin-conseil de la Bâloise, le docteur H_____. Dans son avis daté du 14 décembre 2013, le Dr H_____ relève que cette infirmière spécialisée en soins intensifs annonçait un accident le 2 août 2013 et que, pour des raisons non précisées, elle a été transportée par les pompiers à l'hôpital de Die, puis à l'hôpital de Valence. Il s'agit d'un choc frontal, sans perte de connaissance, mais accompagné de cervicalgies. Aux urgences du centre hospitalier de Die, il est posé le diagnostic de traumatisme avec contusions du rachis cervical. En raison d'antécédents d'une fracture cervicale basse en 1992 après un accident de la voie publique, on s'inquiète, et il est réalisé en urgence un scanner qui ne montre pas de fracture, mais une hernie discale. Il est prescrit un collier souple et des antalgiques. Le 26 août 2013, l'assurée consulte le service de neurochirurgie des HUG, l'évolution est décrite en amélioration. Elle ne prend pas de traitement antalgique, porte la minerve de manière épisodique. Il n'y a pas de déficit sensitif ou moteur ni de limitation des mouvements de la nuque. L'assurée semble toujours en incapacité de travail depuis le 7 août 2013. De l'avis du médecin-conseil de l'assureur, l'assurée présente un état antérieur au niveau de son rachis cervical avec notion d'une ancienne fracture en 1992. L'événement du 2 août 2013 est banal, avec impact lésionnel sur le front, sans grande énergie, et au maximum une chute de sa propre hauteur. Il manque des précisions quant aux circonstances exactes de la chute. La hernie discale C5-C6 n'est pas considérée comme étant d'origine post-traumatique. Des critères très stricts doivent être remplis pour admettre une relation de cause à effet entre un accident et un prolapsus discal : il faut que l'événement décrit présente une violence particulière, susceptible de léser un disque sain. Une chute de sa propre hauteur ne peut pas être considérée comme étant un mécanisme lésionnel suffisant. Les radios effectuées immédiatement après l'accident mettaient déjà en évidence une hernie discale C5-C6. Selon le médecin-conseil, bien que les douleurs soient

apparues après le traumatisme accidentel, la relation de causalité entre l'accident et l'apparition de la hernie n'est pas démontrée. Tout au plus, il peut être considéré qu'il existe une aggravation transitoire de l'état antérieur (c'est-à-dire de la hernie discale). Un statu quo sine peut être fixé au 2 décembre 2013. Le traitement de la hernie discale concerne l'assureur-maladie.

10. A la demande de la Bâloise, l'assurée a confirmé, en date du 6 janvier 2013 (*recte* : 2014) la déclaration d'accident de son employeur et précisé avoir heurté un toboggan avec le front alors qu'elle courait. Elle a été projetée en arrière et est tombée au sol. Sa tête a subi une hyperextension. Elle n'a pas subi de choc à la tête en tombant au sol et n'a pas perdu connaissance. L'assurée a ajouté que depuis l'accident qu'elle avait subi à l'âge de 20 ans au niveau de la colonne cervicale, elle n'a plus été suivie à ce titre. Sa situation actuelle est exclusivement due aux suites de l'accident du 2 août 2013.
11. Par télécopie du 7 janvier 2014, la Dresse E_____ a précisé avoir demandé une IRM cérébrale pour sa patiente le 16 décembre 2008 en raison de céphalées résistantes au traitement médical, ce au vu de la notion d'accident de la voie publique subi dans sa jeunesse. Après de la physiothérapie et de l'ostéopathie, les choses sont rentrées dans l'ordre.
12. Par courrier du 7 janvier 2014, la Bâloise a informé l'assurée qu'elle prenait en charge l'intervention programmée à Zürich le 10 janvier 2014 et l'hospitalisation consécutive, conformément au tarif LAA, quand bien même il demeurait une incertitude quant à savoir si celles-ci relèvent bien de son obligation.
13. Dans son second avis du 4 mars 2014, le Dr H_____ a confirmé sa conclusion : l'état antérieur est confirmé avec cervicalgies, notion d'un traumatisme en 1992 et traitement de cervicalgies en 2008. L'IRM cervicale du 16 décembre 2008 montrait de légères dessiccations des espaces intersomatiques cervicaux sans protrusion discale. Il convient d'admettre que le disque était préalablement lésé. L'évènement du 2 août 2014 ne correspond pas à un whiplash. Le traitement de la hernie discale apparaît ainsi constituer le traitement d'un état antérieur.
14. Par décision du 27 mars 2014, la Bâloise a informé l'assurée que la prise en charge de son cas avait pris fin dès le 3 décembre 2013, date à laquelle et au plus tard un lien de causalité avec l'évènement annoncé n'est plus donné. Elle a toutefois pris en charge l'hospitalisation du 9 janvier au 17 janvier 2014 au See-Spital à Kirchberg.
15. Par courrier du 20 avril 2014, l'assurée s'est opposée à la décision et a demandé à ce que l'assureur-accidents LAA continue la prise en charge de son cas.
16. Par décision du 27 mai 2014, la Bâloise a rejeté l'opposition, se référant à la jurisprudence et à l'avis de son médecin-conseil.
17. Par acte du 27 juin 2014, l'assurée interjette recours. Elle explique que son état de santé avait empiré, que les douleurs ne s'étaient pas améliorées, qu'elle avait commencé à souffrir du bras droit qui semblait se paralyser petit à petit, de sorte

qu'elle était retournée voir la Dresse E_____. Fin octobre 2013, elle a consulté le Dr G_____ à Zurich qui lui a confirmé l'indication opératoire formelle sans quoi elle n'aurait pas de chance de guérison. Le 25 novembre 2013, le docteur I_____, à Annecy, a confirmé l'indication opératoire. Un troisième médecin, le professeur J_____, neurochirurgien au CHU de Grenoble, a confirmé lui aussi l'indication opératoire, par téléphone. La recourante a donc pris la décision de se faire opérer le 10 janvier 2014 à Zurich par le Dr G_____, ce dont elle a averti l'intimée. Celle-ci a, dans un premier temps, refusé la prise en charge de l'hospitalisation. Cela étant, le 7 janvier 2014, la recourante et son mari ont rencontré l'assureur de la Bâloise et obtenu un accord écrit de prise en charge de l'opération et de l'hospitalisation. Par la suite, son état de santé n'étant toujours pas rétabli, la Bâloise a notifié une décision de refus de prestations dès le 3 décembre 2013. La recourante relève que sa première description de l'accident qui figure dans la déclaration signée le 14 septembre 2013 ne traduit pas la violence du choc qu'elle a subi. Cependant le fait qu'elle a été emmenée par les pompiers dans une coquille matelassée aurait dû alerter l'assurance sur la gravité du choc subi et la pousser à faire des investigations supplémentaires, ou à tout le moins lui demander de préciser sa déclaration, chose qui n'a pas été faite. La Bâloise admet elle-même que les circonstances de l'événement en cause ne sont pas tout à fait claires et n'ont malheureusement pas fait l'objet d'une instruction approfondie. La recourante rappelle qu'au moment de signer sa déclaration elle était au plus mal, qu'elle restait la plupart de ses journées allongée et souffrait énormément, si bien qu'elle n'a pas pris le temps d'approfondir sa déclaration. Dans un premier temps, c'est son époux qui a déclaré l'accident par téléphone à son employeur le 3 août 2013, puis elle-même par téléphone auprès de la responsable des déclarations d'accidents des HUG. Des témoins de la scène, son mari et ses amis, ont tous les trois décrit à sa demande et avec précisions les circonstances de l'accident, attestations jointes à son recours. La recourante conteste l'avis du Dr H_____ selon lequel l'événement du 2 août 2013 est banal avec impact sur le front sans grande énergie. D'ailleurs ce dernier relève qu'il manque des précisions quant aux circonstances exactes de la chute et qu'il est possible que ce choc frontal ait pu, par mécanisme d'hyperextension, créer des cervicalgies dans le contexte d'une distorsion. En ce qui concerne ses soi-disant antécédents médicaux, la recourante soutient que, certes, elle a subi un accident de voiture en 1992 avec préconisation de port de minerve, mais il n'a jamais été attesté médicalement qu'elle avait eu une fracture des cervicales. Par ailleurs, l'IRM cervicale faite en 2008 suite à son accouchement n'a rien révélé, ce qui prouve bien qu'elle n'avait alors aucun problème de dégénérescence au niveau des cervicales contrairement à ce que soutient l'intimée. Cette dernière ne peut se fonder sur ces antécédents pour justifier que son hernie discale est dégénérative et non post-traumatique. La recourante se réfère également au compte-rendu opératoire qui précise que l'intervention est faite suite à son accident du 2 août 2014. Enfin, dans son rapport intermédiaire du 20 juin 2014, le Dr K_____ précise clairement que la hernie discale est bien d'origine post-traumatique. La recourante sollicite

préalablement un délai pour rassembler des certificats médicaux supplémentaires et conclut à l'annulation de la décision rendue par l'intimée et à la reconnaissance de son droit à la poursuite des prestations de la Bâloise.

18. Le 12 août 2014, la recourante a versé à la procédure un certificat établi par la Dresse E_____ en date du 27 juin 2014 selon lequel la patiente a subi un choc frontal avec hyperextension de la nuque contre un toboggan le 2 août 2014. Le scanner effectué aux urgences de l'hôpital de Die ne montrait pas de fracture cervicale, mais une protrusion paramédiane droite en C5-C6. Le 11 octobre 2013 l'IRM a montré clairement une importante hernie C5-C6 avec compression de la racine C6 à droite, donc l'indication d'une opération chirurgicale est posée, au vu de la névralgie cervico-brachiale progressive avec déficits sensitivo-moteurs. Cette intervention a eu lieu le 10 janvier 2014 à Zürich par le Dr G_____. Avant ce traumatisme, l'assurée n'a jamais présenté d'épisode de cervicalgies ni de NCB. Le problème actuel est donc post-traumatique, lié à l'accident du 2 août 2013. La Dresse E_____ précise qu'en septembre 2008, la patiente a consulté pour des céphalées postérieures avec contractures musculaires latéro-cervicales bilatérales. L'IRM cervicale pratiquée ne montrait pas d'hernie cervicale à ce moment-là.

La recourante a produit un certificat médical établi le 28 juillet 2014 par le docteur L_____, docteur en médecine exerçant aux urgences médicales du centre hospitalier de Die, certifiant qu'elle a été admise le 2 août 2013 en urgence suite à un accident de la voie publique. A l'entrée, le bilan lésionnel était : traumatisme et contusion du rachis cervical. Le scanner du rachis cervical réalisé en urgence montrait une protrusion discale médiane droite en C5-C6 mesurant 5 mm de diamètre antéropostérieur.

19. Dans sa réponse du 10 septembre 2014, l'intimée se réfère à l'avis de son médecin-conseil lequel souligne que les radios effectuées immédiatement après l'accident mettaient déjà en évidence une hernie discale C5-C6 et que le docteur D_____ avait noté déjà à fin août une diminution des douleurs, l'absence d'altération du status neurologique, l'absence de besoins d'un traitement antalgique, le port de la minerve étant pris épisodiquement. L'intimée relève que suite à l'opération pratiquée le 10 janvier 2014 par le Dr G_____, elle a à nouveau soumis l'intégralité du dossier médical à son médecin-conseil qui a rendu un rapport complémentaire le 4 mars 2014. L'état antérieur est confirmé avec cervicalgies, notion d'un traumatisme en 1992 et traitement de cervicalgies en 2008. L'IRM cervicale du 16 décembre 2008 montrait de légères dessiccations des espaces intersomatiques cervicaux sans protrusion discale. Selon le Dr H_____, le disque est plus résistant que la structure osseuse et dans les traumatismes à haute énergie, il faut s'attendre d'abord à une lésion osseuse ou ligamentaire avant même que surviennent des lésions discales. Nous ne sommes pas du tout dans cette configuration et l'on doit admettre que le disque était préalablement lésé. La nature du traumatisme sans grande énergie, de direction axiale, avec collision frontale, ne peut pas être considérée comme étant à l'origine d'une rupture de l'anneau discal.

En ce sens, l'action vulnérante décrite ne permet pas de retenir une relation causale entre l'événement et l'apparition d'une hernie discale, raison pour laquelle un statu quo sine peut être fixé au 2 décembre 2013. Selon l'intimée, il résulte des premières déclarations de la recourante qu'en jouant au loup avec ses enfants dans un parc alors qu'elle courait, elle a heurté un toboggan avec le front, puis elle a été projetée en arrière et est tombée sur le sol. Elle n'a pas subi de choc à la tête en tombant au sol et n'a pas souffert de perte de connaissance. Ainsi, le choc subi par l'assurée n'était pas un choc à grande vitesse ou avec forte énergie de sorte que la hernie discale peut être d'emblée considérée comme n'étant pas due à un accident. L'accident dont a été victime l'assurée n'est pas de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral, en outre, il n'a pas été constaté de déficit sensitivomoteur, ni de troubles de l'équilibre ou de la conscience. Le Dr I_____, dans son rapport du 25 novembre 2013, constatait l'absence de troubles neurologiques graves et l'absence de déficit. Le Dr D_____ relève dans son rapport du 23 juin 2014 que la patiente a été vue à la consultation de la policlinique le 23 août 2013 avec des cervico-brachialgies initialement non déficitaires ; ce n'est que par la suite qu'elle a présenté une aggravation de la symptomatologie avec exacerbation d'une cervico-brachialgie C6 et C8 à droite. Après avoir demandé plusieurs avis auprès d'autres neurochirurgiens, il a été proposé une intervention neurochirurgicale. Dès lors les symptômes de la hernie discale, à savoir le syndrome vertébral et radiculaire, ne sont pas apparus immédiatement à la suite de l'accident du 2 août 2013, mais à tout le moins postérieurement à la consultation intervenue le 23 août 2013 auprès du Dr D_____. Selon l'intimée, le rapport du Dr H_____ revêt pleine valeur probante au sens de la jurisprudence, de sorte qu'il n'y a pas de motifs de s'écarter de son appréciation. L'intimée conclut au rejet du recours.

20. Copie de cette écriture a été communiquée à la recourante le 12 septembre 2014.
21. La recourante n'ayant pas déposé d'observations complémentaires, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

Le tribunal des assurances compétent es celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Selon l'art. 58 al. 2 LPGA, si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur en Suisse.

En l'occurrence, la recourante, domiciliée en France, travaille à Genève pour le compte des HUG.

Au vu de ce qui précède, la compétence ratione materiae et loci de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

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

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

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des articles 56ss LPGA.
4. L'objet du litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations à la date du 2 décembre 2013, au motif qu'à cette date le statu quo sine était atteint, ou si, ainsi que l'allègue la recourante, la hernie cervicale a été en réalité déclenchée par l'accident.

Il convient de relever à titre préalable que l'intimée a déjà pris en charge les frais de l'intervention subie par la recourante au See-Spital en janvier 2014 ainsi que de l'hospitalisation y afférente.

5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle (et adéquate). Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir s'il existe un lien de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des

prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; arrêts 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (arrêt 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

6. a) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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

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

Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral 8C_923/2010 du 2 novembre 2011 consid. 5.2).

7. En l'espèce, se fondant sur le rapport de son médecin-conseil, l'intimée considère que la recourante présentait un état préexistant au niveau du rachis cervical et que la hernie discale C5-C6 n'est pas d'origine post-traumatique. Il s'agit d'une aggravation transitoire de l'état antérieur. De plus, les circonstances de l'accident ne sont pas claires.

La recourante conteste ce point de vue, alléguant qu'elle ne présentait pas d'état antérieur à l'accident et notamment aucune fracture des cervicales. Elle conteste également l'aspect banal de l'événement, relevant que suite à la violence du choc subi, elle a dû être transportée à l'hôpital par les pompiers, dans une coquille matelassée

8. La chambre de céans relève qu'il n'est pas contesté que la recourante a subi un accident en date du 2 août 2013 et qu'une hernie discale C5-C6 a été diagnostiquée. Est litigieuse en revanche la question de savoir si la recourante présentait un état antérieur ou non et, le cas échéant, en cas d'aggravation d'un état antérieur, si à la date du 2 décembre 2013 le statu quo sine était atteint.

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (RAMA 2000 no U 378 p. 190 consid. 3, no U 379 p. 192 consid. 2a).

9. a) En l'occurrence, selon les documents médicaux figurant au dossier, le diagnostic d'hernie discale C5-C6 a été posé suite à l'accident par les médecins de l'Hôpital de Die et de Valence, après radiographies et CT-scan. Ce diagnostic a été corroboré par les examens radiologiques et l'IRM pratiquée à Genève le 11 octobre 2013.

S'agissant de l'état antérieur, les médecins de l'Hôpital de Die ont fait état d'une fracture cervicale basse en 1992, suite à un accident de circulation. Or, la recourante nie avoir présenté une telle fracture et force est de constater qu'aucun document médical n'atteste la présence d'une ancienne fracture cervicale. D'autre part, les neurochirurgiens des HUG ont indiqué que la suspicion d'une fracture du rachis cervical suite à l'accident a été infirmée par le CT-scan (cf. rapport des Drs C_____ et D_____ du 2 septembre 2013). Par conséquent, à défaut de document médical pertinent, un antécédent de fracture cervicale n'est pas établi.

Le Dr H_____ considère que la recourante présentait déjà une hernie discale C5-C6 avant l'accident, l'IRM du 16 décembre 2008 montrant de légères dessiccations. Selon le médecin-conseil, les radios effectuées immédiatement à l'accident mettaient déjà en évidence une hernie discale C5-C6 ; il semble conclure de ce fait qu'il s'agit de lésions dégénératives et qu'en l'absence de lésion osseuse ou ligamentaire, il convient d'admettre que le disque était préalablement lésé.

L'on peine toutefois à comprendre son argumentation. En effet, hormis de légères dessiccations au niveau des espaces inter-somatiques cervicaux, sans protrusion discale, les données de l'IRM du 16 décembre 2008 étaient sans anomalie notable (cf. rapport d'IRM cervicale, pièce no. 1 intimée). Selon la Dresse E_____, il n'y avait pas à ce moment-là d'hernie discale. Le médecin traitant a précisé avoir demandé cet examen pour sa patiente en raison de céphalées postérieures suite à l'accouchement en septembre 2008. La recourante n'avait cependant jamais présenté d'épisode de cervicalgies ni NCB avant l'accident. La chambre de céans relève qu'à teneur du rapport de l'IRM cervicale de décembre 2008, on ne peut retenir le diagnostic d'hernie cervicale. Par ailleurs, aucun autre médecin ne fait état d'une hernie discale antérieure à l'accident et une telle affection n'est attestée par aucun document médical.

La chambre de céans constate en revanche que les radios et le CT-Scan effectués immédiatement après l'accident du 2 août 2013 ont mis en évidence une protrusion discale paramédiane droite en C5-C6, sans lésion osseuse traumatique. L'IRM du 11 octobre 2013 a confirmé une volumineuse herniation paramédiane droite au niveau C5-C6 ; il convient de relever à cet égard que les mesures de la protrusion discale (0,5 cm en antéropostérieur) et du canal cervical (0,7 cm en antéropostérieur) correspondent en tous points à celles figurant sur le rapport du CT-scan du 2 août 2013. Même si comme le soutient le Dr H_____ le disque était préalablement lésé (en raison de dessiccations), rien ne permet d'affirmer que la hernie discale était préexistante à l'événement du 2 août 2013. La chambre de céans ne saurait se rallier aux conclusions du Dr H_____ quant à l'état préexistant.

b) Le Dr H_____ se fonde également sur les circonstances de l'accident. Selon lui, l'action vulnérante décrite ne permet pas de retenir une relation causale entre l'événement et l'apparition d'une hernie discale. De son point de vue, bien qu'il admette que les circonstances exactes de la chute soient imprécises, il considère que l'événement du 2 août 2013 est banal, avec impact lésionnel sur le front, sans grande énergie, et au maximum chute de sa propre hauteur, ce qui ne correspond pas à un whiplash.

Cela étant, la recourante a apporté des précisions quant aux circonstances de l'événement lors de son audition par l'intimée, le 6 janvier 2014, et a produit des témoignages. Elle a expliqué qu'elle se trouvait sur une aire de jeux et jouait avec ses enfants. Alors qu'elle courait, elle a heurté de plein fouet une barre transversale en bois au départ d'un toboggan, qu'elle n'avait pas vue, car elle portait une casquette à visière. Sous le choc, sa tête a basculé en arrière, elle a entendu un craquement au niveau de son cou, puis elle est tombée en arrière. Sa tête a subi une hyperextension. Selon les témoignages, la recourante courait à vive allure et le choc violent a provoqué un mouvement violent de la tête d'avant en arrière, similaire à un « coup du lapin ». L'époux de la recourante, infirmier, a agi très rapidement en lui prodiguant les premiers soins et a appelé les secours. Les pompiers, après les premières constatations, ont immobilisé la recourante à l'aide d'un collier cervical et d'un matelas coquille, puis l'ont transportée vers le centre hospitalier le plus proche. La chambre de céans relève que l'hyperextension de la nuque suite à un impact accidentel sur le front est déjà mentionnée dans le rapport des neurochirurgiens des HUG qui ont vu la recourante en consultation le 26 août 2013, les médecins précisant que la patiente a rapporté l'apparition immédiate de cervicalgies très importantes (cf. rapport des HUG du 2 septembre 2013).

Par conséquent, ce n'est pas la chute qui a entraîné une hernie discale comme semble le croire le Dr H_____, mais plutôt le choc frontal violent, suivi d'une hyperextension de la nuque. La chute qui a suivi, sans choc à la tête, est seulement la conséquence du choc frontal.

10. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère, au vu des documents médicaux figurant au dossier et des circonstances de l'événement accidentel du 2 août 2013, que la hernie discale a bien été déclenchée par l'accident (cf. arrêt 8C_1003_2010 du 22 novembre 2011).

Par conséquent, l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'accident au-delà du 2 décembre 2013.

11. Bien-fondé, le recours est admis.
12. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 27 mai 2014.
3. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.
4. Dit que la procédure est gratuite.
5. 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

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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