

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2078/2008

ATAS/245/2010

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 4**

**du 10 mars 2010**

En la cause

Madame C\_\_\_\_\_, domiciliée à CHÂTELAINÉ, comparant  
avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI

recourante

contre

VAUDOISE GENERALE, Compagnie d'Assurances SA, sise  
Place de Milan, LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Nicole BOURQUIN et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

## EN FAIT

1. Madame C \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée, l'intéressée, la patiente, la recourante), née en 1976, a été employée par X \_\_\_\_\_ SA en qualité de serveuse du 1<sup>er</sup> juin 2006 au 31 mai 2007. A ce titre, elle était assurée pour les risques accident professionnel et non professionnel, ainsi que maladie professionnelle par la VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA (ci-après : la Vaudoise, l'assurance, l'assureur, l'intimée).
2. En date du 20 juillet 2006, l'assurée a fait une chute dans les escaliers sur son lieu de travail. Elle a consulté le jour-même auprès du service des urgences des Hôpitaux universitaires cantonaux (ci-après : HUG) où ont été posés les diagnostics de traumatisme crânien avec perte de connaissance et douleurs cervicales post-traumatiques. Le docteur L \_\_\_\_\_ a fait état d'une chute accidentelle dans les escaliers avec impact frontal et perte de connaissance, douleurs lombaires et au niveau de la fesse gauche, paresthésie de la main gauche (paume, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts), ainsi que de douleurs cervicales gauches irradiant depuis C5-C6 à gauche chez une patiente anxieuse. Il a en outre constaté des douleurs à la palpation des épineuses, un hématome de la partie haute de la fesse gauche et para-lombaire bas à gauche, une hypoesthésie C8 gauche sans déficit de force. Un traitement antalgique complété par le port d'une collerette mousse pour le confort ont été mis en place et un arrêt de travail provisoirement fixé à 10 jours a été prescrit.
3. La suite du traitement a été assurée dans un premier temps par le médecin traitant, le docteur J \_\_\_\_\_, médecin généraliste, qui a signalé que sa patiente avait subi une intervention chirurgicale au niveau de la colonne cervicale en février 2006 (discectomie C6-C7 avec mise en place d'une prothèse cervicale effectuée par le docteur M \_\_\_\_\_, chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG). Il a indiqué le diagnostic de distorsion de la colonne cervicale et fait procéder à une IRM complétée par un scanner.
4. Les radiologues N \_\_\_\_\_ et O \_\_\_\_\_ ont conclu à un status post opératoire C6-C7, avec prolifération disco-ostéophytaire marginale postérieure et atténuation de calibre du canal cervical, ainsi qu'à une discopathie protrusive C5-C6 médiane sans hernie.
5. Le 29 août 2006, le docteur M \_\_\_\_\_ a exposé avoir revu sa patiente la veille dans le cadre d'un contrôle suite à son intervention chirurgicale pour hernie cervicale C6-C7. L'évolution clinique ensuite de cette dernière s'était révélée très bonne avec disparition complète de la symptomatologie, mais, depuis la chute du 20 juillet 2006, l'intéressée présentait des douleurs cervicales discrètes avec sensation d'hyposensibilité limitée aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main gauche associées aussi à une douleur dans la région de la hanche gauche avec sensation de hanche froide.

Les radiographies effectuées le jour de l'accident montraient une prothèse en place avec un petit bec ostéophyttaire du plateau supérieur de la vertèbre inférieure.

6. Après avoir procédé à une IRM dorso-lombaire, le docteur P\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 4 octobre 2006, conclu à un canal rachidien lombaire rétréci, ainsi qu'à de légères discopathies en regard des espaces D10-D11 et D11-D12.
7. Revue en consultation le 18 octobre 2006 par le docteur M\_\_\_\_\_, l'assurée s'est plainte de la réapparition d'une brachialgie C7 ayant totalement disparu après l'intervention de février 2006. Le médecin a considéré que ladite brachialgie, développée suite à une chute, était devenue de plus en plus gênante, associée à des paresthésies des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> doigts de la main gauche. Occasionnellement, une irradiation de la douleur lombaire basse et une sensation de membre inférieur gauche froid était également ressentie. La patiente était adressée pour traitement par infiltrations péri-articulaires C7 à gauche et des séances de physiothérapie dorso-lombaire étaient prescrites.
8. Le 19 décembre 2006, le même médecin a exposé qu'après un intervalle libre de quelques mois suite à une chute, l'assurée avait représenté une cervico-brachialgie C7 gauche avec fourmillements et épisodes de chute avec sensation de jambes chaudes, puis une sorte de paralysie des quatre membres dont le dernier épisode remontait à une semaine. Les infiltrations péri-articulaires s'étaient révélées infructueuses.
9. Après s'être présentée aux urgences le 19 décembre 2006 en raison de douleurs invalidantes dans le membre supérieur gauche, l'intéressée a été hospitalisée pendant 48 heures. Un traitement à base d'AINS, myorelaxant et Morphine a été instauré avec une nette amélioration des symptômes. Une douleur d'origine rhumatologique a été écartée par les médecins du service concerné.
10. Le 6 février 2007, le docteur M\_\_\_\_\_ avoue n'avoir aucune trouvaille à l'examen IRM à droite, chez une patiente présentant en sus des douleurs à l'hémicorps gauche avec un trajet C7, des fourmillements dans les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main droite.
11. Le docteur Q\_\_\_\_\_, spécialiste en ophtalmologie, a prescrit une correction optique en raison de troubles accommodatifs et oculomoteurs secondaires à un traumatisme crânien engendrant également des céphalées frontales (avis du 28 mars 2007).
12. En date du 30 mars 2007, un médecin de la Clinique Beau-Séjour où l'assurée avait été hospitalisée, a exposé que cette dernière présentait un syndrome douloureux d'étiologie indéterminée survenu après une chute.

13. L'assurée s'est soumise à une expertise neurologique confiée par la Vaudoise au docteur R\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 6 juin 2007, ce spécialiste en neurologie a relaté, dans son anamnèse, l'apparition d'une hernie cervicale sur efforts particuliers opérée au début 2006. Les suites opératoires étant simples et la symptomatologie ayant disparu après deux mois, l'expertisée avait repris une activité professionnelle de serveuse dès le mois de mai 2006. Le 20 juillet 2006, alors qu'elle descendait à la cave sur son lieu de travail, elle avait glissé, s'était projetée en avant et avait percuté les tuyaux du plafond de la cave avec le front, puis chuté lourdement sur le siège et la nuque. L'intéressée a dit s'être sentie groggy, avoir vu noir puis trouble, avoir ensuite été prise de nausées et vomi à plusieurs reprises. Elle avait été assistée à cette occasion par le concierge de l'immeuble et était ensuite restée prostrée sur une chaise jusqu'à 17 heures, moment où elle avait été autorisée à se rendre aux urgences des HUG. Des douleurs cervicales importantes étaient décrites sur toute la journée, ainsi qu'une faiblesse du membre supérieur gauche associée à une diminution de la sensibilité des 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts de la main gauche. Un hématome frontal et lombo-sacré avaient été constatés aux urgences et les radiographies avaient conclu au maintien de l'implant intervertébral mis en place en février 2006. L'aggravation des douleurs et l'extension du déficit sensitif et moteur avaient motivé de nombreuses investigations, notamment deux IRM. L'assurée avait tenté de reprendre très partiellement son travail. Elle avait alors plus sollicité son membre supérieur droit où étaient bientôt apparues des douleurs et des fourmillements aux 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts, puis des douleurs lombo-sacrées irradiant au membre inférieur gauche d'abord, puis parfois aussi à droite. Au début décembre 2006, alors qu'elle avait fait déjà plusieurs chutes ou lâché des plateaux, elle s'était retrouvée soudainement à terre sans pouvoir bouger, les « jambes coupées ». Ce type de malaise (déjà apparu à quelques reprises) consistait en la survenue de fourmillements aux pieds qui remontaient rapidement le long des membres inférieurs jusqu'au niveau du tronc puis des membres supérieurs, ce qui avait pour conséquence de l'immobiliser au sol avec beaucoup d'anxiété. Après une hospitalisation au sein de la division de médecine de la Clinique Beau-Séjour du 8 au 30 mars 2007, l'assurée avait signalé, au moment de sa sortie, des troubles sensitifs autour de la bouche. Cette sensation, analogue à une anesthésie dentaire, s'était ensuite étendue à tout le visage et, en parallèle, les douleurs cervico-scapulaires s'étaient intensifiées avec des décharges dans les membres supérieurs, mais aussi à partir de la région lombo-sacrée vers les membres inférieurs. Une aggravation de la symptomatologie avait également été signalée à l'expert entre ses deux consultations. Le rapport d'expertise comprenait également une retranscription résumée du dossier de la Clinique Beau-Séjour. Le diagnostic rapporté était celui de cervico-brachialgies gauches et lombo-cruralgies gauches d'étiologie inconnue dans un contexte post-traumatique sur chute accidentelle. Lors des consultations spécialisées de neurologie et de rhumatologie dans ledit établissement, il n'avait pas été relevé d'anomalie particulière. Quant à la consultation psychiatrique, elle avait abouti à la conclusion de troubles de la personnalité non spécifiés. Il était également fait mention d'une

---

autre consultation de psychiatrie évoquant une probable personnalité borderline et histrionique, une composante psychique des douleurs étant fort probable. Quant à la consultation de la douleur et des soins palliatifs, elle avait admis le caractère neuropathique des douleurs. Lors de son examen clinique, l'expert R\_\_\_\_\_ a relevé un manque de collaboration au cours de l'examen neurologique. En fin de compte, le médecin a posé les diagnostics de hernie discale C6-C7 opérée en janvier 2006 et de polytraumatisme survenu le 20 juillet 2006 avec traumatisme crânio-cérébral mineur, syndrome cervical algique et contusion lombosacrée. Dans la discussion, il a considéré que la nature de l'accident du 20 juillet 2006 avait entraîné à la fois un traumatisme crânio-cérébral pouvant être qualifié de mineur ; un syndrome cervical par hyperextension de la nuque et un hématome lombo-sacré, traduisant un impact sur la colonne vertébrale lombaire et le sacrum. Si, dans un premier temps, la situation paraissait acceptable sur le plan de la douleur, l'évolution du tableau clinique avait consisté en une extension et une intensification des zones douloureuses aux membres supérieur et inférieur gauches, puis au membre inférieur droit. La symptomatologie rapportée avait déstabilisé les médecins, entraînant des investigations et des manœuvres thérapeutiques sans effet. Le tableau clinique n'avait jamais été cohérent et aucune hypothèse étiologique satisfaisante n'était apparue. La thérapeutique antalgique avait dès lors pris des proportions énormes. Lors des deux examens de l'expert, l'intéressée n'avait pas eu l'air algique et son examen clinique n'avait apporté aucune explication à ses plaintes. De plus, elle rapportait des troubles sensitifs au visage qui n'étaient à l'évidence pas en rapport avec son accident. Les chutes liées à des troubles sensitifs aux membres inférieurs et s'accompagnant de faiblesse procédaient du même phénomène et le médecin ne croyait pas non plus à l'existence de troubles sensitifs du membre supérieur gauche. La seule anomalie qu'il a finalement retenue était une raideur du segment C3-C7 et une mauvaise harmonie dans les radiographies dynamiques de la colonne cervicale pratiquées en décembre 2006 et janvier 2007. Il semblait imaginable en effet qu'un syndrome cervical ait persisté à ce moment-là et, vu l'inquiétude qu'il créait chez l'assurée, qu'il avait participé à l'explosion de symptômes et, secondairement, à l'escalade des doses de médicaments prescrits. Selon l'expert, si la problématique de santé de l'assurée trouvait à son origine un traumatisme et certainement des douleurs post traumatiques cervicales et peut-être lombaires, ainsi qu'une symptomatologie post commotionnelle qui s'était améliorée, il relevait, au moment de son expertise, d'une mise au point qui ne pouvait être que psychiatrique ou administrative. En fin de compte, le médecin retenait en tant que diagnostics déterminants une hernie discale C6-C7 opérée en janvier 2006 et un polytraumatisme survenu le 20 juillet 2006 avec traumatisme crânio-cérébral mineur, syndrome cervical algique et contusion lombo-sacrée. De son point de vue, lesdites affections n'avaient aucune répercussion objective sur la capacité de travail désormais. Le cas de l'assurée relevait d'une histoire trouble et incohérente où les données médicales, une constellation psychologique et des complexités socioprofessionnelles s'intriquaient. Quant au lien de causalité entre les plaintes et les troubles constatés

et l'accident, il était de l'ordre du possible. « En effet, on doit admettre que l'accident a entraîné, du fait de sa gravité, une symptomatologie post commotionnelle, un syndrome cervical douloureux et un syndrome lombo-sacré douloureux ». Le premier avait certainement déstabilisé l'assurée au plan de son autonomie et de sa capacité à réagir dans un contexte de précarité matérielle, sociale et affective. Le second avait réveillé un état pré-existant (fragilisation des circuits douloureux au niveau de la colonne cervicale en raison des mois de souffrance radiculaire avant l'intervention chirurgicale de 2006). Quant au dernier, il paraissait sans importance. En ce qui concernait des facteurs étrangers à l'accident, outre ceux déjà mentionnés, l'expert estimait qu'il ne lui appartenait pas de se prononcer sur une éventuelle composante psychique. Il lui paraissait impératif de réduire le traitement médicamenteux qui n'avait aucune base théorique raisonnable et d'exiger de l'intéressée qu'elle reprenne son travail dans un délai de 3 mois, ce qui lui semblait raisonnable.

14. Le 2 juillet 2007, l'assurance a rendu une décision par laquelle elle a déclaré mettre un terme à ses prestations au 30 mai 2007, date du second examen chez l'expert R\_\_\_\_\_.
15. L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision par acte du 10 juillet 2007.
16. Le 26 juillet 2007, le docteur S\_\_\_\_\_, mandaté en qualité d'expert psychiatre par la Vaudoise, a rendu son rapport d'expertise. Depuis mars 2007, l'expertisée consultait un psychiatre à raison de une à deux fois par semaine. Un traitement antidépresseur et anxiolytique avait été introduit. L'expert a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1), de traits de personnalité anankastique et dans une moindre mesure histrionique. L'assurée avait vécu depuis son enfance des situations de violence et de rejets massifs ayant eu pour conséquence le développement d'un noyau narcissique renforcé par des traits anankastiques. Ceux-ci lui avaient permis de se construire une identité professionnelle sur laquelle elle avait pu s'appuyer. La hernie cervicale avait fragilisé tout le système psychique de l'assurée, car la maladie était perçue comme une blessure narcissique importante. L'accident de juillet 2006 était un autre événement extrêmement mal géré par la patiente au vu de l'évolution négative de la symptomatologie. Le fait que les douleurs persistaient avait induit un état anxio-dépressif qui s'était développé en réaction à la non-résolution des douleurs somatiques et cette dépression était en train d'entretenir et de potentialiser les douleurs physiologiques. Il y avait donc un cercle vicieux. La patiente n'était pas clairement revendicative avec un besoin de réparation de l'assurance, mais on percevait dans le discours une difficulté à gérer les frustrations et l'injustice. L'idée de bénéficier de l'assurance-invalidité était également perçue comme très dévalorisante. D'un point de vue psychique, l'assurée était capable de travailler à 50 %, mais c'étaient surtout les douleurs somatiques qui étaient responsables de l'incapacité de travail. Le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou socia-

---

les (F68.0) n'était pas à exclure, mais il n'induisait pas pour autant une incapacité de travail de 100 %. L'expert estimait que la patiente devait impérativement poursuivre son traitement médicamenteux et psychothérapeutique afin d'essayer d'enrayer un immobilisme qui ne ferait qu'aggraver les symptômes. Une reprise de travail à 50 % était à envisager dès la fin octobre 2007 en cas de poursuite de l'amélioration de l'état de santé.

17. Dans un rapport du 12 septembre 2007, le docteur T\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et maladies rhumatismales et médecin traitant de l'assurée, a exposé que la chronicisation du syndrome douloureux et des troubles moteurs, associée à des problèmes sociaux et professionnels, entretenait un état d'anxiété important. Les troubles moteurs annihilait toute capacité de travail.
18. Selon le docteur U\_\_\_\_\_, psychiatre traitant, l'assurée présentait un état dépressif moyen à sévère post traumatique, conséquent aux deux accidents ayant provoqué les lésions vertébrales responsables de ses douleurs. Sans lesdits événements, les symptômes psychiques actuels ne seraient pas apparus, ce d'autant qu'il n'y avait pas de facteurs préexistants pouvant justifier l'état de santé actuel. S'il était bien connu qu'un état dépressif conduisait le patient à dramatiser en partie son état de santé et à moins bien supporter ses douleurs, il excluait formellement que l'état de sa patiente soit purement psychiatrique ; les douleurs dérivait de la situation somatique pathologique provoquée par l'accident du 20 juillet 2006. Le traitement avait induit une légère amélioration et il devait être poursuivi encore pendant au moins un an. L'évolution dépendait toutefois énormément de la composante somatique. D'un point de vue psychiatrique pur, la capacité de travail était de 50 %, mais la composante somatique réduisait cette capacité à néant.
19. Suite à la production de ces documents et à la demande de son assurée, la Vaudoise a confié une expertise pluridisciplinaire au CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE à Nyon (ci-après CEMed). Dans leur rapport du 9 janvier 2008, les docteurs V\_\_\_\_\_, neurologue, et W\_\_\_\_\_, psychiatre, ont déclaré que l'examen somatique, chez une patiente assez démonstrative dans ses plaintes, révélait une nuque de mobilité modérément limitée, dont la mobilisation restait un peu sensible localement mais sans provocation de douleurs ou de paresthésies au niveau des membres supérieurs. L'examen du rachis dorso-lombaire montrait de discrets troubles statiques vertébraux sans syndrome lombo-vertébral significatif. L'examen des paires crâniennes était sans anomalie significative hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale inférieure bilatérale, contrastant avec une bonne préservation des réflexes cornéens. A l'examen des membres supérieurs, des troubles sensitivomoteurs globaux étaient constatés à gauche, sans topographie radiculaire ou tronculaire et sans caractère franchement somatique ; ils contrastaient avec une bonne préservation de la trophicité musculaire et des réflexes tendineux. Au niveau des membres inférieurs, des troubles sensitivomoteurs atypiques étaient à nouveau observés avec des phénomènes de lâchages étagés et une hypoesthésie tactile et

douloureuse du membre inférieur gauche sans topographie franchement radiculaire contrastant avec une bonne préservation de la trophicité musculaire et des réflexes tendineux. Un bilan électromyographique pratiqué à l'Hôpital Beau-Séjour n'avait pas révélé de signe d'atteinte neurogène périphérique significative dans l'ensemble des muscles examinés au niveau des membres supérieur et inférieur gauches. Quant aux documents radiologiques effectués après l'opération de la hernie, ils montraient une prothèse discale en place, une hypertrophie uncovertébrale et une protrusion discale médiane et paramédiane à prédominance droite en C5-C6 sans évidence certaine de compression radiculaire ou médullaire (IRM cervicale du 11 octobre 2006), des troubles statiques vertébraux modérés, une rectitude cervicale et des discopathies pluri-étagées (radiographies post opératoires). Au plan psychique, les experts considéraient la symptomatologie décrite comme assez pauvre. Les troubles neurovégétatifs dominaient, au contraire d'un trouble de l'humeur franc. Il n'y avait aucune plainte suggérant la présence d'un état de stress post traumatique. Au final, ils retenaient un diagnostic de personnalité histrionique. Les experts aboutissaient à la conclusion d'une absence d'explication somatique aux plaintes formulées étant donné l'atypie des constatations cliniques et l'absence d'anomalies significatives aux examens complémentaires. Il leur semblait vraisemblable que l'intéressée avait présenté, dans les suites de la chute du 20 juillet 2006, un TCC mineur avec commotion cérébrale, ainsi qu'une distorsion/contusion cervicale et une contusion dorso-lombaire mais sans évidence d'atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur. En tant que conséquences dudit événement accidentel, ils admettaient la persistance de rachialgies cervico-dorso-lombaires et de maux de tête, mais n'expliquaient pas l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail. De ce dernier point de vue, en l'absence d'une pathologie somatique significative démontrable et compte tenu des éléments atypiques, il n'y avait pas d'incapacité de travail. Toutefois, une baisse de rendement de l'ordre de 25 % pouvait être reconnue dans la profession de serveuse exercée à plein temps, vu le port de charges relativement lourdes pouvant entraîner secondairement des cervicalgies chez une patiente présentant un status après cure de hernie discale et chez laquelle l'IRM cervicale de contrôle avait révélé des anomalies dégénératives disco-vertébrales persistantes en C5-C6. En conséquence, une activité plus légère ne nécessitant pas le port régulier de charges de 15 kg ou plus et autorisant des changements relativement fréquents de position serait préférable et exigible à plein temps et rendement. Au niveau psychique, un diagnostic dépressif, faute de critères, ne pouvait être retenu. Une consultation psychiatrique au printemps 2007 avait déjà conclu à l'absence de tels troubles. Les experts ne comprenaient pas comment le docteur S\_\_\_\_\_ avait pu, peu de temps après, poser le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère. Des épisodes dépressifs isolés et clairs n'avaient pas pu être identifiés, des troubles psychiques antérieurs étaient niés par l'intéressée et les troubles mentionnés dans l'expertise du docteur S\_\_\_\_\_ rappelaient plus des réactions dépressives de l'ordre de la dysthymie, en général en relation avec des événements de vie. Quoi qu'il en fût, aucun

trouble dépressif récurrent ne pouvait être mis en relation de causalité avec l'accident. Quant à l'état de stress post traumatique mentionné par le psychiatre traitant, les experts exposaient que l'assurée n'avait pas rapporté de réaction de peur, ni de cauchemars ou de flashes back, ni aucun symptôme attendu dans un tel état. Ce diagnostic pouvait donc être exclu, cela d'autant que la chute dans les escaliers ne constituait pas un événement hors norme selon la CIM-10 de nature à provoquer un état de stress post traumatique, ni aucune pathologie psychique (notamment une modification durable de la personnalité). La personnalité histrionique était ancienne et n'avait pas empêché une capacité de travail pleine par le passé. Enfin, le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme évoqué par le docteur R\_\_\_\_\_ pouvait être envisagé vu l'absence d'explication aux douleurs alléguées, la persistance des plaintes malgré tous les examens rassurants, un certain sentiment de détresse, mais une absence de troubles psychiatriques majeurs et pas de réel isolement social. Les diagnostics retenus étaient donc des cervico-brachialgies gauches et lombo-sciatalgies gauches sans substrat somatique démontrable ; un status après cure de hernie discale cervicale C6-C7 avec mise en place d'un disque prothétique ; un status après TCC mineur et distorsion/contusion cervicale et probable contusion dorso-lombaire le 20 juillet 2006 ; une personnalité histrionique ; une dysthymie ; un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique grave associée. Les céphalées, cervicalgies et dorso-lombalgies apparues dans les suites immédiates de l'accident étaient à mettre en relation de causalité naturelle probable avec ce dernier. Toutefois, le *statu quo sine*, respectivement *ante* avait été atteint au plus tard un an après l'événement accidentel.

20. Dans ses écritures du 15 avril 2008, l'assurée a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMed. En substance, elle a fait valoir que les « intenses » symptômes reconnus par les experts dans les suites de l'accident ont été banalisés de façon incompréhensible dans les conclusions. Ces derniers, en relation de causalité avec l'accident dans les suites immédiates de l'événement selon les experts, ne le seraient plus au bout d'un an et ce sans motivation conséquente ni plausible. La notion de retour au *statu quo ante* était quant à elle un véritable non-sens puisque cela signifierait que sans l'accident, l'intéressée serait à ce jour dans l'état où elle se trouve à cause de ce dernier et pour lequel les experts ont expressément reconnu des conséquences sur l'état de santé. En fin de compte, l'assurée a persisté dans ses conclusions relatives à la poursuite des prestations et a requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise multidisciplinaire.

En annexe à son courrier, elle a produit un rapport médical du docteur T\_\_\_\_\_ du 21 février 2008, dans lequel ce médecin s'est déclaré frappé par la contradiction évidente entre les appréciations des médecins traitants, confrontés à une souffrance réelle de la patiente justifiant des mesures thérapeutiques lourdes et l'avis des experts qui, en l'absence de preuves objectives de lésions organiques, la jugeaient capable de travailler à 100 %. Le praticien reconnaissait l'absence de signes organiques, ainsi que celle de symptômes psychiatriques graves, mais considé-

rait qu'une maladie grave entraînant une incapacité de travail ne saurait être niée. L'assurée souffrait d'un trouble somatoforme douloureux grave qui l'empêchait de reprendre une activité professionnelle. Il y avait la présence d'une prothèse discale constituant un élément de fragilisation et la question d'attribuer les troubles de la santé actuelle de sa patiente à la maladie ou à l'accident était délicate. La lente amélioration constatée sous traitement justifiait la poursuite de ce dernier, même si le médecin n'espérait pas une récupération complète.

Dans son avis du 6 mars 2008, le psychiatre U\_\_\_\_\_ a fait quant à lui état d'une évolution relativement positive au plan psychique. L'état dépressif était nettement amélioré et les crises d'angoisse bien réduites. L'état psychique demeurait toutefois perturbé par les troubles neurologiques. Compte tenu de l'état psychique et surtout somatique, il excluait toute possibilité actuelle de reprise de travail. De même, il niait toute forme de simulation, tout en reconnaissant de possibles réactions exagérées et une dramatisation dues au désarroi interne. Enfin, seul un état dépressif anxieux post traumatique entraînait en ligne de compte et parler de trouble somatoforme douloureux n'expliquait pas grand-chose, puisqu'il s'agissait d'un diagnostic par défaut devant des douleurs pas entièrement objectivées et en l'absence de troubles psychiques spécifiques.

21. La Vaudoise a rejeté l'opposition le 8 mai 2008. Elle a considéré que l'absence de causalité naturelle entre les troubles et l'accident au-delà des suites immédiates de ce dernier devait être confirmée, au vu des conclusions tant du docteur R\_\_\_\_\_ que de ses confrères W\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_. Même le docteur T\_\_\_\_\_, qui rejoignait les experts sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux, mettait en doute la question de la causalité naturelle. S'il pouvait paraître erroné de parler de retour à un *status quo ante* ou *sine*, les experts expliquaient que des facteurs étrangers à l'accident, à savoir des troubles dégénératifs disco-vertébraux préexistants et des facteurs de personnalité notamment jouaient un rôle prédominant dans l'évolution du cas au maximum une année après l'accident du 20 juillet 2006.
22. Par mémoire du 9 juin 2008, C\_\_\_\_\_ interjette recours contre cette décision dont elle requiert l'annulation, concluant, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'une expertise médicale somatique et psychique et à la reprise des prestations (frais de traitement et indemnités journalières) dès le 31 mars 2007. En substance, elle expose avoir été récemment examinée par le docteur A\_\_\_\_\_, neurochirurgien, et la doctoresse B\_\_\_\_\_, neurologue, à Zurich. Une nouvelle IRM aurait permis de mettre en évidence une hernie cervicale située à côté de la prothèse et entourant la moelle épinière en la contractant. Cette hernie, due à l'accident selon la doctoresse B\_\_\_\_\_, nécessitera une prochaine intervention. Cet élément important expliquant la symptomatologie, est suffisant à remettre en question les rapports des experts mandatés par l'intimée, dans la mesure où tant le docteur LE R\_\_\_\_\_ que les docteurs W\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ont nié la per-

sistance du lien de causalité naturelle un an après l'accident au vu de l'absence de substrat organique. Indépendamment de ces faits nouveaux, l'assurée conteste la valeur probante des expertises susmentionnées. Elle se réfère à ce propos à son écriture du 15 avril 2008 et ajoute que les deux expertises sont contradictoires en ce sens que celle du docteur R\_\_\_\_\_ fait état de la gravité de l'accident, alors que les experts W\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ qualifient l'événement de mineur ; en outre, il est incompréhensible de nier la relation de causalité naturelle entre l'événement incriminé et la poursuite (nécessaire) d'un traitement lourd, alors qu'avant ledit événement, toute symptomatologie liée à la hernie opérée avait disparu et que l'intéressée avait pu reprendre son travail.

23. Le 28 août 2008, la recourante a fait savoir que l'intervention qu'elle devait subir (spondylodèse cervicale C5-C6) avait été repoussée à une date indéterminée en raison de la nécessité de faire procéder à de nouveaux examens radiologiques.
24. Dans un courrier du 30 septembre 2008, elle a précisé être hospitalisée au Centre de réhabilitation de la Zürcher Höhenklinik Davos depuis le 24 septembre 2008. Elle a joint plusieurs documents médicaux, parmi lesquels :

- Un rapport de la doctoresse E\_\_\_\_\_ de la division de neurochirurgie de l'Hôpital cantonal des Grisons daté du 24 septembre 2008 qui fait état d'une hospitalisation dans ce service du 10 septembre au 24 septembre 2008 en raison d'un syndrome cervico-brachial bilatéral chronique avec status post prothèse discale C6-C7 et d'un syndrome lombaire chronique spondylogène. Les douleurs dans la nuque, les bras et la colonne lombaire étaient apparues depuis une chute dans les escaliers le 20 juillet 2006. La doctoresse parlait de l'idée que les douleurs actuelles avaient été déclenchées par l'accident de 2006.
- Un rapport de sortie provisoire du 23 septembre 2008 signé du même médecin. On y retrouve les diagnostics mentionnés ci-dessus, ainsi que ceux de dépression et de gastrite superficielle à helicobacter pylori. Les clichés IRM montraient une hernie paramédiane droite pratiquement sans contact au niveau de la moelle épinière et sans rétrécissement foraminaux ni compression significative et une protrusion dorsale du ligament longitudinal postérieur, correspondant vraisemblablement à un ostéophyte, sans rétrécissement du canal rachidien. Une petite hernie discale gauche paramédiane était également signalée au niveau D10/11 et D11/12, également sans sténose du canal rachidien ni neuroforamen. Il avait été exposé à la patiente qu'un ostéophyte tel celui qu'elle présentait ne saurait être à l'origine de douleurs intenses et qu'il en allait de même de la hernie discale C5/C6, dans la mesure où aucune dénervation n'avait pu être démontrée. En conséquence, il n'y avait pour l'instant pas d'indication opératoire.

- Un rapport de la doctoresse B \_\_\_\_\_, neurologue, du 30 mai 2008, constatait les diagnostics de cervico-brachialgie gauche sur status post chute dans les escaliers le 20 juillet 2006, status post opération de hernie discale en C6/C7, protrusion du ligament longitudinal postérieur et altérations dégénératives de la colonne cervicale avec hernie discale C5/C6 ; syndrome lombaire depuis une chute dans les escaliers. L'IRM mettait en évidence une hernie discale à prédominance droite au-dessus du segment opéré avec rétrécissement du canal rachidien, ainsi qu'une protrusion du ligament longitudinal postérieur par le matériel d'ostéosynthèse. Malgré les découvertes radiologiques, il n'y avait pas de signe de myélopathie. Il n'existait pas de signe de compression nerveuse, mais une symptomatique d'irritation radiculaire ne pouvait être exclue.

25. La Vaudoise a produit son mémoire de réponse le 30 octobre 2008. Elle conclut au rejet du recours, les nouveaux documents médicaux n'apportant aucun élément propre à remettre en cause les expertises effectuées et ayant démontré l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident et les plaintes. En outre, la non stabilisation de l'état de santé, relevée par la recourante, n'était pas déterminante pour juger du lien de causalité naturelle dont l'existence n'était même pas clairement retenue par les médecins traitants de l'intéressée, si ce n'est sur la base d'une connexion temporelle, insuffisante pour remettre en cause l'avis des experts.

26. Par pli du 13 novembre 2008, la recourante a réitéré sa requête de mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, toutefois pas dans l'immédiat, car elle attendait la transmission de nouveaux avis médicaux, notamment en relation avec une éventuelle intervention chirurgicale qui était, selon elle, toujours envisagée.

Elle a transmis au Tribunal copie du rapport de sortie de physiothérapie du centre de réhabilitation de la Zürcher Höhenklinik de Davos-Clavadel du 16 octobre 2008 (rapport signé par Cees BLEEKER, physiothérapeute). Ce document reprenait les diagnostics posés par les médecins grisons et décrivait le traitement intensif de physiothérapie suivi durant l'hospitalisation du 24 septembre au 18 octobre 2008.

27. Le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties en date du 4 février 2009. A cette occasion, la recourante a exposé devoir subir une intervention chirurgicale pour une hernie cervicale située en C5/C6. Il s'agissait d'une intervention compliquée en raison du matériel déjà fixé lors de la précédente opération et elle avait jusqu'en septembre pour se décider. Elle a par ailleurs produit de nouvelles pièces médicales :

- Un avis de la doctoresse F \_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, du 22 décembre 2008, qui retenait notamment les diagnostics de suspicion d'adénome de l'hypophyse, syndrome douloureux chronique cervico-brachial sur status post chute dans les escaliers en juillet 2006 et pose

de prothèse discale en C6/C7, syndrome douloureux chronique lombaire sur chute dans les escaliers et hernie discale en D10/D11 et D11/D12, dépression sous traitement ambulatoire, gastrite à helicobacter pylori. La spécialiste a exprimé la nécessité d'une intervention chirurgicale au niveau de la hernie cervicale.

- Un rapport du docteur SPINA, ophtalmochirurgien, diagnostiquait des plaintes asténopiques (maux de tête) sur hypermétropie latente avec rétrécissement de l'accommodation après status post commotion cérébrale. Le port d'une correction optique avait subjectivement amélioré la situation. Selon ce médecin, sans la commotion cérébrale, l'accommodation serait normale et le port de lunettes par conséquent pas nécessaire.
- Un certificat du 22 janvier 2009 de la doctoresse B\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, confirmait la nécessité de l'intervention chirurgicale proposée par la doctoresse F\_\_\_\_\_.

La représentante de l'intimée a déclaré pour sa part maintenir ses conclusions, les éléments rapportés par les médecins de la recourante (hernie discale en C5/C6) étant déjà connus par les experts du CEMed. Elle a toutefois déclaré vouloir soumettre les nouveaux documents médicaux produits à son médecin-conseil.

28. Celui-ci, en la personne du docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, s'est prononcé le 10 février 2009. Il a estimé que l'expertise du CEMed était complète, plausible et fondée sur une discussion très détaillée. Quant aux nouvelles pièces, elles ne mettaient en évidence aucune lésion significative en rapport avec la chute de 2006 et n'apportaient aucun élément parlant en faveur d'un lien de causalité avec l'accident, au contraire. Le trouble hystérique diagnostiqué par les experts du CEMed expliquait la trajectoire désorganisée, déstructurée de l'assurée, ses nombreuses visites médicales, l'abus de médicaments (syndrome de Münchhausen), le risque d'intervention inutile ou inappropriée.
29. Le 26 mars 2009, le Tribunal a commis le docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, aux fins de procéder à une expertise judiciaire sur la personne de la recourante.

Un avis du docteur M\_\_\_\_\_ du 21 avril 2009, requis par la recourante, a encore été transmis à l'expert par cette dernière. Dans ce document, le neurochirurgien estimait qu'eu égard à l'apparente mise en évidence d'une hernie discaire en arrière de la prothèse posée en février 2006, avec compression radiculaire sur la racine C7 à gauche, il serait indispensable d'effectuer une nouvelle intervention d'ablation de la prothèse et de fusion C6/C7. L'événement traumatique de juillet 2006 - survenu alors que la patiente était asymptomatique depuis 6 mois - avait dû entraîner un changement au niveau des plateaux osseux derrière la prothèse. Il y

avait de bonnes chances qu'une grosse partie des douleurs présentées par la patiente disparaisse avec l'opération et que sa capacité de travail s'en trouve améliorée.

30. L'expert H\_\_\_\_\_ a remis son rapport en date du 8 septembre 2009, après avoir pris connaissance de l'intégralité du dossier, examiné la recourante et fait procéder à un électroneuromyogramme par le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

L'expert a résumé le rapport de ce dernier spécialiste à la page 12 de son expertise en ces termes : « le Dr I\_\_\_\_\_ mentionne (...) le fait que la patiente a présenté, après sa chute, des paresthésies péri-buccales puis de la branche horizontale de la mandibule à gauche, se prolongeant jusqu'à l'angle mandibulaire. Au status, discrète hypoesthésie de type C2 et C3 à gauche. Mobilisation cervicale limitée et douloureuse. Trophicité symétrique aux MS, aréflexie aux MS, description d'une hypoesthésie mal systématisée distale au MSG. A droite, hypoesthésie du 5<sup>e</sup> rayon. Du point de vue électroneuromyographique, un tunnel carpien ou une compression au canal de Guyon a été exclu des deux côtés. Au plan myographique, dénervation modérée et chronique en C7, dans une moindre mesure C8 à droite. Au membre supérieur gauche, dénervation modérée et chronique de C6 à C8 ».

Lors de son examen, l'expert a noté une patiente en bon état général, collaborante, non démonstrative, sans revendication inappropriée, d'un aspect un peu las ou dépressif, sans véritable dysthymie. Les données anamnestiques du dossier ont été confirmées dans les grandes lignes. La gêne relatée au moment de l'expertise concernait, selon l'ordre d'importance : 1) la nuque (douleurs permanentes modulées par les attitudes et activités) ; 2) les projections douloureuses dans le MSG, fluctuantes sur fond continu, irradiant dans le 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup>, rarement dans le 5<sup>e</sup> rayon ; 3) des dorso-lombalgies ; 4) les conséquences du prolactinome. Les problèmes de vue liés à la commotion semblaient normalisés. Quant au traitement, il consistait pour l'heure en la prise de médicaments pour les problèmes liés à l'hyperprolactinémie et à l'helicobacter, ainsi qu'en analgésiques à la demande. Lors de l'examen clinique, l'expert a relevé une limitation globale des mouvements cervicaux, une hypoesthésie de type C6-C7(-C8) à gauche (les rayons II et III étant un peu moins touchés), une discrète atrophie musculaire du haut du bras en défaveur de la gauche et une diminution globale de la force du côté gauche.

Enfin, le médecin a repris le résumé d'observation du séjour de la patiente au sein du service de neurochirurgie des HUG du 16 au 21 juillet 2009 pour récurrence de hernie discale C6-C7 gauche. Il en ressortait que la situation au moment de l'hospitalisation, avec un conflit disco-radulaire C7 gauche indiscutable, avait rendu nécessaire une révision avec ablation de la prothèse et spondylodèse par cage et plaque. L'intervention s'était déroulée sans problème et l'intéressée devait être revue par le docteur M\_\_\_\_\_ le 19 octobre 2009.

Dans la discussion du cas, le docteur H\_\_\_\_\_ a mentionné que certains des symptômes relatés par la recourante correspondaient à un phénomène de Lhermitte. Celui-ci pouvait, dans un contexte traumatique, être mis en rapport avec une sollicitation mécanique du cordon médullaire en regard d'une instabilité ou d'un processus sténosant par proliférations ostéophytaires C6-C7, telles celles trouvées chez l'intéressée. Dans ce contexte, l'expert a considéré nécessaire d'apporter une précision anamnestique qui semblait ne pas figurer au dossier. La patiente avait en effet rapporté que pendant les premières heures ayant suivi son réveil après la commotion, tout son bras gauche avait été paralysé, phénomène qui avait mis plusieurs heures à régresser et qui avait finalement été supplanté par les cervico-brachialgies gauches, similaires à celles présentes avant l'intervention de février 2006. Cette description évoquait une sidération radiculo-médullaire au niveau des proliférations ostéophytaires C6-C7. Il était en fait plausible que le violent choc frontal, en moment de la chute, ait induit un glissement avec un phénomène de cisaillement entre les composantes de la prothèse, pouvant être responsable d'une brève compression des structures neurales à ce niveau.

Pour ce qui était des considérations diagnostiques, le docteur H\_\_\_\_\_ s'est étonné que les deux expertises précédentes, du docteur R\_\_\_\_\_ et du CE-Med, tout en reconnaissant l'importance du traumatisme, n'avançaient aucune hypothèse concernant la pathogénèse et la nature des lésions consécutives à l'accident. La pathologie observée sur les documents radiologiques post opératoires, à savoir la persistance de proliférations ostéophytaires importantes C6-C7 qui était certainement responsable des cervico-brachialgies gauches apparues après l'accident, n'était même pas mentionnée dans lesdites expertises, bien que clairement identifiée par les radiologues. L'apparente absence d'un substrat neurologique ou radiologique, en réalité complètement négligée du point de vue de l'expert judiciaire, avait amené ses confrères à dire que la symptomatologie correspondait à des manifestations inappropriées et inexplicables, probablement sans cause somatique, ce qui avait entraîné soit une psychiatrisation, soit une rupture inexplicée du lien de causalité.

Le mécanisme pathogénétique le plus probable était celui d'une translation temporaire, au moment du choc, de la prothèse discale, translation qui, vu l'étroitesse du canal vertébral à ce niveau, avait pu provoquer une sidération radiculo-médullaire (compression violente mais limitée dans le temps d'une structure neurale provoquant un arrêt de la fonction de celle-ci et guérissant sans séquelles). La paralysie du bras gauche, conséquence de la sidération radiculo-médullaire, avait pris plusieurs heures pour récupérer. Quant à l'excursion mécanique exagérée due à l'impact traumatique, elle avait probablement provoqué un descellement partiel de la prothèse, toutefois dans une position normale, de façon à ne pas apparaître sur les contrôles radiologiques, ni sur les clichés fonctionnels (probablement en raison des contractures musculaires apparaissant sous forme d'une hypomobilité importante et d'une rectitude du segment cervical inférieur). Le choc avait toutefois pu créer les

---

conditions permettant à l'ostéophyte C6-C7 gauche de redevenir symptomatique et d'augmenter de volume au fil des mois, jusqu'à ce que le docteur M\_\_\_\_\_ pose une nouvelle indication opératoire en juillet 2009. Se fondant notamment sur de la doctrine médicale, l'expert a exposé que le port d'une prothèse discale cervicale constituait un facteur de risque étranger à l'accident (élément de fragilisation), mais l'absence d'un déplacement post traumatique visible radiologiquement ainsi que l'évolution parfaite pendant les premiers six mois dévalorisaient nettement cette fragilisation au point qu'il semblait approprié de lui donner une portée limitée.

Au final, le docteur H\_\_\_\_\_ a retenu comme diagnostics : status après hernie discale C7-D1 gauche, actuellement oligosymptomatique ; status après cure chirurgicale d'une hernie discale C6-C7 gauche en février 2006 ; status après commotion cérébrale en juillet 2006 ; status après traumatisme cervical par impact traumatique frontal important le 20 juillet 2006 ; hyperprolactinémie médicamenteuse ; status post ovariectomie droite et post grossesse extra-utérine en 2004 ; et status après troubles post traumatiques de l'accommodation (actuellement normalisés). Les plaintes et les troubles (limités aux cervicalgies et brachialgies gauches) étaient dus de façon probable à l'accident du 20 juillet 2006. L'expert mentionnait, à ce propos, les arguments suivants : adéquation du traumatisme et de son importance ; choc frontal violent au point de provoquer une commotion cérébrale conséquente ; concordance chronologique parfaite, en particulier après un intervalle post opératoire asymptomatique de 6 mois ; absence d'altérations radiologiques post traumatiques visibles (descellement probable partiel de la prothèse, non visible radiologiquement en raison d'une hypomobilité, l'instabilité étant masquée par les contractures musculaires ; ce descellement partiel avait créé les conditions favorables à une prolifération ostéophyttaire circonférentielle menant finalement à une ankylose de la prothèse et stimulant la croissance ostéophyttaire avec compression radiculaire C7 gauche). Une atteinte dégénérative du segment C6-C7 et la présence d'une prothèse discale étaient mentionnés en tant que facteurs étrangers à l'accident, mais la responsabilité de la symptomatologie actuelle était intégralement attribuée à l'accident eu égard à l'évolution absolument parfaite pendant les 6 premiers mois post-opératoires, à l'importante dégradation qui avait suivi et qui était parfaitement expliquée par les trouvailles radiologiques et l'importance adéquate du traumatisme, alors que rien ne permettait de prévoir l'importance et la gêne de la symptomatologie actuelle chez une patiente bénéficiant d'une évolution normale. Le *statu quo sine* pourrait être atteint relativement rapidement dans l'éventualité d'un résultat favorable de la réintervention du 22 juillet 2009 effectuée par le docteur M\_\_\_\_\_ (résection de la prothèse, ablation de la hernie et des ostéophytes, spondylodèse avec cage et plaque). Cet acte était théoriquement susceptible d'éliminer les conséquences défavorables de l'accident. Dans l'éventualité la plus favorable, une reprise du travail pourrait être envisagée trois mois après l'intervention de juillet 2009, soit à fin octobre 2009 en commençant par un 50 %. Dans le cas contraire, il faudrait considérer être en présence d'une aggravation dé-

terminante, le cours de l'affection dégénérative vertébrale ne pouvant rattraper les conséquences néfastes de l'accident du mois de juillet 2006. Une stabilisation de l'état de santé ne pourrait être atteinte avant la fin de l'année, avec une petite réserve concernant la « adjacent level disease » des niveaux C5-C6 (déjà porteurs d'une atteinte dégénérative modérée) et du niveau C7-D1 (porteur d'une hernie discale gauche oligosymptomatique). L'accident avait provoqué un dommage permanent sous forme d'un syndrome cervical chronique, augmenté par des brachialgies gauches. L'expert ne pouvait toutefois pas se prononcer avant début 2010, période à laquelle les résultats de l'intervention de juillet 2009 pourraient être appréciés définitivement sur une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail, ni sur l'exigibilité dans une autre activité professionnelle.

31. Le 6 octobre 2009, la recourante a fait parvenir ses remarques finales. Elle considère qu'il y a lieu d'attribuer pleine valeur probante à l'expertise réalisée par le docteur H\_\_\_\_\_ et que son recours doit en conséquence être admis. Pour le surplus, et dans la mesure où l'expert avait déclaré ne pouvoir se prononcer avant le début 2010 relativement à la persistance d'une incapacité de travail et à une éventuelle atteinte à l'intégrité, elle laissait au Tribunal le soin de se prononcer sur la nécessité de requérir un complément d'expertise.
32. L'intimée s'est quant à elle limitée à confirmer ses conclusions (pli du 6 octobre).
33. Alors que la cause a été gardée à juger ensuite de la communication de cette dernière écriture à la recourante, celle-ci a fait parvenir au Tribunal un courrier le 29 janvier 2010 dans lequel elle expose, certificat du 26 janvier 2010 du docteur T\_\_\_\_\_ à l'appui, que son état de santé n'était toujours pas stabilisé et que, malgré une certaine amélioration, elle souffrait encore de douleurs importantes et de troubles fonctionnels. Dans ces circonstances, il n'était pas possible de procéder à un bilan médical final et elle persistait intégralement dans ses conclusions initiales, soit la continuation du versement des prestations dès le 31 mai 2007.
34. Copie de cette missive et de son annexe a été remise à l'intimée qui a considéré, dans son courrier du 23 février 2010, le litige en état d'être jugé sur la base du rapport d'expertise du docteur H\_\_\_\_\_, d'éventuelles investigations complémentaires pouvant être cas échéant diligentées par ses soins aux fins de déterminer la situation pour le futur. Cette prise de position a été transmise à la recourante, sur quoi la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. La compétence du Tribunal de céans, ainsi que la recevabilité du recours ayant été examinés dans le cadre de l'ordonnance d'expertise, il n'y sera pas revenu dans le présent arrêt.

2. Est litigieux le droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà de la date du 30 mai 2007. En particulier, se pose la question de savoir si l'état de santé de la requérante à cette date est encore en lien de causalité avec l'événement accidentel assuré du 20 juillet 2006.
3. 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 notamment, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 355 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd., n. 80 p. 865). 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 (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). 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.

4. D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs

pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 352 ss consid. 3 et les références).

5. Dans le cas présent, le dossier de la recourante contient de très nombreuses pièces médicales résumées ci-avant. Outre les expertises mises en œuvre par l'intimée, cette dernière a compilé une quantité relativement importante de documents émanant de médecins et autres praticiens du domaine paramédical (notamment un rapport de physiothérapie). Malgré la relative cohérence des conclusions de deux des expertises (celle du docteur R\_\_\_\_\_ et celle du CEMed), les contradictions et avis divergents demeuraient suffisamment abondants pour que le Tribunal de céans décide qu'il ne pouvait statuer sans clarification médicale préalable. C'est la raison pour laquelle une expertise judiciaire a été ordonnée et confiée au docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie.
6. Le rapport rendu par ce médecin remplit à l'évidence les critères pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante. Il a été rédigé après examen de la recourante, analyse de l'intégralité du dossier médical et radiologique et examen complémentaire (auprès d'un neurologue). Il tient compte des plaintes de l'intéressée, de l'évolution de la situation y compris après expertise (jusqu'à la date de la nouvelle intervention subie par la recourante), est dûment motivé et extrêmement clair dans les réponses aux questions posées. En outre, le médecin expose de façon convaincante pour quels motifs il s'écarte des avis émis par ses confrères ayant officié en tant qu'experts avant lui. Par conséquent, le Tribunal se fondera sur les conclusions du docteur H\_\_\_\_\_ pour apprécier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 20 juillet 2006 et les troubles présentés au-delà du 30 mai 2007.
7. Or, force est de constater que l'expert judiciaire retient l'existence d'un tel lien, qu'il qualifie de probable, limité toutefois à la symptomatologie cervico-brachiale, à l'exclusion donc des problèmes lombaires.

Les explications du docteur H\_\_\_\_\_ relatives à la divergence d'opinion d'avec le docteur R\_\_\_\_\_ et les médecins du CEMed sont claires et, en pareilles circonstances, la Juridiction de céans ne peut que les suivre. La mise de côté de découvertes radiologiques dans le cadre de l'appréciation d'un état de santé et des motifs ayant présidé à son évolution ne saurait en effet être cautionnée. Pour le

---

surplus, l'intervention chirurgicale de 2009 - quels que soient au final les résultats que cette dernière a apporté ou apportera, dite question sortant de l'objet du litige limité à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents sous la forme de la prise en charge des frais de traitement et du versement d'indemnités journalières - et les considérations des médecins consultés par la recourante tant à Genève (docteur T\_\_\_\_\_ notamment) qu'en Suisse alémanique tendent à conforter l'appréciation de l'expert H\_\_\_\_\_. En effet, si la reconnaissance, en tant que telle, d'un lien de causalité n'y figure pas explicitement, en tous les cas pas de façon aussi franche que ne voudrait le faire admettre la recourante, il n'en demeure pas moins que ces praticiens ont reconnu la présence d'un phénomène somatique évolutif depuis l'accident assuré de 2006 et n'ont pas fait abstraction - pour des raisons somme toute obscures - des découvertes radiologiques comme les experts précédents. Enfin, l'expert H\_\_\_\_\_ a certes reconnu l'existence de facteurs étrangers à l'accident (atteinte dégénérative en C6-C7 et présence d'une prothèse discale), mais il a exposé en quoi lesdits facteurs n'avaient au final pas d'impact sur la symptomatologie présentée par la recourante et ce façon convaincante. Il a mentionné plusieurs raisons pour expliquer la reconnaissance du lien de causalité naturelle et, bien que parmi ses arguments figure l'apparition des symptômes après l'accident du 20 juillet 2006 seulement, on ne saurait en déduire que son interprétation doit être assimilée à un raisonnement *post hoc, ergo propter hoc*. Au contraire, il apparaît hautement vraisemblable que la symptomatologie développée par l'intéressée a été engendrée par l'accident au vu de l'explication logique donnée et confortée par les trouvailles radiologiques et l'adéquation du traumatisme.

8. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références).
9. Au vu des pathologies purement somatiques dont est atteinte la recourante, il n'y a pas de raison de remettre en cause l'existence d'un lien de causalité adéquate entre celles-ci et l'accident du 20 juillet 2006. Un tel lien sera par conséquent admis.

On ajoutera encore que les problèmes d'ordre psychique, qui ont fait l'objet d'une investigation poussée (deux expertises notamment) de la part de l'intimée, n'ont pas d'influence sur l'issue de la présente procédure. Non seulement l'existence même de pathologies de ce registre a été remise en question à répétitions reprises, mais encore une éventuelle reconnaissance de leur existence se révélerait sans impact sur la capacité de l'intéressée à reprendre son activité professionnelle, puisque les pro-

blèmes somatiques seuls ont, à tout le moins jusqu'à ce jour, induit une incapacité totale de travail.

10. Il suit de ce qui précède que c'est à tort que l'intimée a mis un terme à ses prestations au 30 mai 2007. Les frais de traitement, ainsi que le versement des indemnités journalières doivent être repris à compter de cette date, pour les troubles d'ordre cervico-brachiaux.

Pour le surplus, il appartiendra à l'intimée de poursuivre l'instruction de la cause en vue de statuer sur le droit éventuel à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il n'appartient en effet pas au Tribunal de céans de procéder à cette instruction, contrairement aux allégués de la recourante, dans la mesure où cela dépasse clairement l'objet du litige.

11. Eu égard à l'issue de la procédure, qui est gratuite, l'intimée versera à la recourante une indemnité de dépens présentement fixée à 3'500 fr.

**PAR CES MOTIFS,  
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant au fond**

1. Admet le recours.
2. Annule la décision de l'intimée du 8 mai 2008.
3. Dit que la recourante a droit à la poursuite du versement des prestations selon la LAA au-delà du 30 mai 2007 dans le sens des considérants.
4. Condamne l'intimée à verser à la recourante une indemnité à titre de participation à ses dépens de 3'500 fr.
5. Dit que la procédure est gratuite.
6. 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 BALDE

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ

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