

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2186/2006

ATAS/1379/2007

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 3**

**du 29 novembre 2007**

En la cause

Madame M \_\_\_\_\_, comparant avec élection de domicile en  
l'étude de Maître Mauro POGGIA

recourante

contre

WINTERTHUR ASSURANCES SUR LA VIE, sise General-  
Guisan-Str. 40, comparant avec élection de domicile en l'étude de  
Maître Michel BERGMANN

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPEL et Violaine LANDRY ORSAT,  
Juges assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Madame M\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée) née en février 1951, était employée par la société X\_\_\_\_\_ (SUISSE) SARL en qualité de téléphoniste-réceptionniste. En tant que telle, elle était assurée auprès de WINTERTHUR ASSURANCES SUR LA VIE (ci-après: l'assureur) contre les accidents professionnels, non professionnels, et les maladies professionnelles.
2. Le 17 mai 2000, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle circulait dans son véhicule avec ses enfants, sa route lui a été coupée par un véhicule qui n'a pas respecté la priorité. Selon le constat de police du 28 mai 2000, l'assurée a été légèrement blessée suite au choc (pièce A1 intimée).
3. L'assurée s'est rendue à l'hôpital de la Tour où le Dr A\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome vertébral cervical, un syndrome lombaire non déficitaire et une contusion du genou. Les radiographies n'ont en revanche montré aucune fracture. Un traitement consistant en de la physiothérapie, du repos et en la prise de médicaments antalgiques et myorelaxants a été mis sur pied (pièces M1 et M2 intimée).
4. L'assurée a été en incapacité de travail totale du 17 mai au 7 juin 2000, date à partir de laquelle elle a repris son travail. Le traitement des suites de l'accident s'est terminé le 14 juin 2000 (pièce M2 intimée).
5. L'assureur a pris en charge le cas (soins médicaux et indemnités journalières).
6. Le 19 juin 2001, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué qu'en raison de l'accident du 17 mai 2000, l'assurée avait bénéficié de physiothérapie et de médicaments en avril 2001. La capacité de travail était toujours totale et l'évolution était simple (pièce M3 intimée).
7. Le 26 juin 2001, le Dr A\_\_\_\_\_ a expliqué que le problème avait presque disparu, hormis la persistance d'une discrète contracture C2-C5 à droite résistant aux traitements anti-inflammatoires et à la physiothérapie (pièce M4 intimée).
8. Par courrier du 18 mars 2002, l'assurée a informé l'assureur qu'elle n'était toujours pas remise des lésions consécutives à l'accident (pièce A4 intimée).
9. Le 22 octobre 2002, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que s'agissant de l'événement du 17 mai 2000, "le problème" était terminé (pièce M5 intimée).
10. Le 15 novembre 2002, l'assurée a été victime d'un malaise. A compter de cette date, elle a été dans l'incapacité totale de travailler.

11. Le 18 novembre 2002, l'assurée a consulté son médecin traitant, le Dr B \_\_\_\_\_, qui l'a adressée au Dr C \_\_\_\_\_, psychiatre, en raison d'un état dépressivo-anxieux.
12. Une IRM cervicale, effectuée le 19 novembre 2002, a montré une discopathie protrusive marquée C5-C6 avec uncarthrose et prolifération disco-ostéophytaire marginale postérieure atténuant le calibre des canaux foraminaux, une discopathie protrusive C6-C7 avec petite hernie discale médiane et atténuation de calibre des canaux foraminaux des deux côtés, prédominant à gauche ainsi qu'une ébauche de rétrécissement de calibre du canal cervical de type acquis de C5-C7 (pièce 1 recourante).
13. Le Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a pratiqué un EMG le 2 décembre 2002, qui a montré de discrets signes de dénervation d'aspect chronique, non évolutif. Des tendinopathies au niveau des épaules participaient au syndrome algique (pièce M6 intimée).
14. Par courrier du 26 décembre 2002, l'assurée a annoncé à l'assureur une rechute survenue le 15 novembre 2002, suite à l'accident du 17 mai 2000 (pièce A8 intimée).
15. Par rapport du 6 mai 2003, le Dr B \_\_\_\_\_ a expliqué qu'avant l'accident, l'assurée n'avait jamais souffert de la colonne cervicale et n'avait jamais été en incapacité de travail. Il a diagnostiqué un status post-syndrome cervical post-traumatique, des brachialgies droites, un syndrome vertigineux, un état de stress post-traumatique, un état anxio-dépressif, une discopathie étagée et une hernie discale C6-C7 à gauche. Selon lui, les troubles psychiques étaient à attribuer à 100% à l'accident et les troubles de la colonne cervicale à 75% à l'accident et à 25% à un état pré-existant (pièce M7 intimée).
16. L'assureur, constatant que l'incapacité de travail était survenue au lendemain du licenciement de l'assurée a considéré que cela ne plaidait en aucune manière en faveur d'un arrêt de travail motivé par les suites de l'accident assuré (pièce A13 intimée). Il a dès lors mis sur pied une expertise neurologique qu'il a confiée au Dr E \_\_\_\_\_.
17. Celui-ci, dans ses conclusions du 3 mai 2004, a diagnostiqué de discrets syndromes vertébro-radiculaires cervical droit, sans déficit moteur, ni sensitif, dont l'intensité douloureuse était augmentée par un état anxio-dépressif. Hormis le syndrome cervical algique, les autres troubles dont se plaignait l'assurée (maux de tête intermittents, épisodes de vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration) étaient apparus beaucoup plus tardivement. Les douleurs cervicales irradiants vers l'épaule droite et la limitation des mouvements cervicaux étaient signalés dès l'accident et pouvaient être attribuées à ce dernier. En raison des conditions psychologiques de l'assurée, l'expert a exclu une reprise de l'activité professionnelle

de réceptionniste-téléphoniste. Le médecin a précisé que cette limitation n'était certainement pas de nature organique, la contracture cervicale ne contre-indiquant pas un travail dépourvu d'efforts physiques avec les membres supérieurs. Selon lui, on pouvait parfaitement banaliser les conséquences physiques de l'accident, contrairement aux conséquences psychologiques (pièce M11 intimée).

18. Par courrier du 20 juillet 2004, l'assurée a contesté que seules les conséquences psychologiques soient à l'origine de son incapacité de travail. Le Dr E \_\_\_\_\_ n'étant pas psychiatre, il convenait selon elle d'ordonner une expertise psychiatrique (pièce 5 recourante).
19. Par courrier du 12 août 2004, l'assureur a informé l'assurée que sur le plan physique, le Dr E \_\_\_\_\_ devait encore se déterminer sur la fixation du statu quo sine/ante. S'agissant du traitement psychique entrepris dès novembre 2002, il apparaissait que les troubles n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 17 mai 2000, considéré comme un accident léger de la circulation. Il n'y aurait donc ni prise en charge du traitement, ni versement des indemnités journalières (pièce A30 intimée).
20. Par courrier du 20 août 2004, le Dr E \_\_\_\_\_ a précisé que le lien de causalité entre l'accident et les douleurs cervicales dont souffrait l'assurée ne pouvait être retenu que pour une période de deux ans et ce, au vu de l'importance du traumatisme, des documents neurographiques et radiographiques ainsi que le mode d'évolution sous traitement adéquat (pièce M13 intimée).
21. Le 18 août 2004, le conseil de l'assurée a notamment demandé des explications de la part de l'expert quant à la cause du malaise dont avait été victime sa mandante le 15 novembre 2002, date à laquelle, selon l'expert, les troubles dont souffrait celle-ci n'étaient plus à mettre sur le compte de l'accident; en particulier, il a demandé si ce malaise pouvait être considéré comme une rechute des suites de l'accident assuré (pièce 7 recourante).
22. Par décision du 6 octobre 2004, l'assureur a mis fin au versement des prestations avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2002, au motif que le lien de causalité entre les douleurs physiques et l'accident n'existait plus. Il a par ailleurs nié tout lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques s'étant manifestés le 18 novembre 2002 et l'accident, ce dernier pouvant être classé dans la catégorie des accidents dits insignifiants ou de peu de gravité (pièce 9 recourante).
23. Par courrier du 18 octobre 2004, l'expert a expliqué à l'assurée que les conséquences de l'accident ne lui paraissaient pas pouvoir dépasser deux ans sur le plan neurologique. Il restait néanmoins clair que les conséquences psychologiques entourant l'accident permettaient d'expliquer une persistance des douleurs nécessitant une intervention plus longue. L'assurée avait par ailleurs subi, en 2002,

un choc au membre inférieur en recevant un haut-parleur. Ce fait ne pouvait dès lors être considéré comme une rechute de l'accident assuré (pièce 8 recourante).

24. Le 8 novembre 2004, l'assurée a formé opposition à la décision du 6 octobre 2004. Elle a allégué souffrir d'un état de stress post-traumatique et a requis la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique et neurologique. Elle a par ailleurs soutenu que l'accident devrait être considéré comme étant de gravité moyenne (pièce 10 recourante).
25. L'assureur a accepté de mettre en œuvre une expertise psychiatrique et une nouvelle expertise neurologique. Les noms des experts et les questionnaires médicaux ont été soumis au conseil de l'assurée pour d'éventuelles observations ou motifs de récusation (pièce 11 recourante).
26. Le 20 mai 2005, le conseil de l'assurée a fait savoir que sa mandante était d'accord sur le choix du Dr F\_\_\_\_\_ en qualité d'expert neurologique. En revanche, il a rejeté les deux experts psychiatriques proposés, à savoir les Drs G\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_ (pièce 12 recourante).
27. S'en est suivi un échange de correspondance entre l'assureur et l'assurée, ce dernier contestant les objections émises par l'assurée et mandatant les Drs F\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. L'assurée ne s'est pas présentée auprès de l'expert psychiatre et a fini par proposer le nom de deux psychiatres (pièces 13 à 18, 20 et 21 recourante).
28. Par décision du 11 août 2005, confirmée par décision sur opposition du 17 juillet 2006, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OCAI) a quant à lui refusé d'octroyer des prestations à l'assurée, au motif qu'elle ne présentait aucune incapacité de travail dans son activité de réceptionniste-téléphoniste. L'assurée a interjeté recours contre cette décision. Une procédure a été ouverte (A/3343/2006) dont l'instruction a été suspendue dans l'attente de l'issue de la procédure en matière d'assurance-accidents.
29. Le 23 septembre 2005, l'assureur accidents, considérant que l'assurée avait violé son devoir de collaborer, a informé cette dernière qu'il renonçait à mettre sur pied une expertise psychiatrique et entendait se fonder sur le rapport d'expertise établi le 25 avril 2005 par le Service Médical Régional de l'AI (ci-après : SMR; pièce 19 recourante).

Dans le cadre de l'instruction de sa demande de prestations AI, l'assurée a en effet été soumise le 25 avril 2005 à un examen clinique bidisciplinaire réalisé par le Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et la Dresse K\_\_\_\_\_, psychiatre. Dans leur rapport daté du 29 avril 2005, les experts ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, des cervicalgies chroniques à prédominance droite sur troubles dégénératifs, une hernie discale médiane paramédiane gauche C5-C6 sans signe de compression, ni trouble

---

neurologique associé. Ils ont également fait état d'une personnalité à traits dépendants et d'une fibromyalgie mais précisé qu'elles étaient sans répercussion sur la capacité de travail. L'appréciation psychiatrique ne pouvait pas mettre en corrélation l'accident et l'arrêt de travail, au motif notamment que l'évolution naturelle d'un syndrome de stress post-traumatique évoluée, au plus tard après six mois, en modification de la personnalité avec des signes spécifiques que les experts n'ont pas trouvés à l'examen de l'assurée. Les experts ont expliqué l'arrêt de travail en novembre 2002 par l'apparition d'une nouvelle atteinte correspondant à une fibromyalgie. Selon eux, la symptomatologie douloureuse chronique était apparue progressivement, sans rapport objectif avec l'accident, et avait motivé la cessation de l'activité professionnelle. Du point de vue somatique, l'assurée présentait un syndrome cervical algique chronique sur un trouble dégénératif mineur sans aucune atteinte neurologique objectivable. Les experts ont signalé une incohérence dans la chronologie des symptômes allégués par l'assurée par rapport au traumatisme (accident en mai 2000 et arrêt de travail uniquement dès novembre 2002, alors qu'il y avait une absence de pathologie organique significative). S'agissant de l'incapacité de travail, les experts n'ont retenu aucun élément objectif pour étayer l'arrêt de travail de longue durée attesté par les médecins. Du point de vue psychiatrique et somatique, ils ont conclu que l'assurée avait toujours été capable de travailler, dès lors que l'activité de téléphoniste-réceptionniste était une activité pleinement adaptée aux pathologies arthrosiques bénignes que l'assurée présentait (pièce A71 intimée).

30. Dans un rapport du 4 octobre 2005, le Dr F\_\_\_\_\_ a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique avec contractures musculaires diffuses, des troubles dégénératifs étagés cervicaux, une absence de lésions osseuses post-traumatiques, un état anxieux et dépressif secondaire, un possible syndrome de stress post-traumatique qui devait être confirmé par un spécialiste. Selon lui, il n'y avait aucun stigmate dirigeant vers un syndrome radiculaire. Du point de vue somatique, il n'a relevé aucun déficit pouvant être attribué à l'accident. L'I.R.M. cervicale confirmait l'existence de troubles dégénératifs engendrant un conflit avec la racine C7 de façon plus marquée à gauche, alors que la symptomatologie clinique se situait au membre supérieur droit. Il n'existait donc pas de corrélation radio-clinique. Selon lui, l'assurée présentait une histoire médicale en deux temps : souffrant initialement des suites d'un traumatisme cervical, lombaire et du genou gauche, elle aurait ensuite souffert, ultérieurement, d'une accentuation de toute la symptomatologie survenant dans le cadre d'un regain de l'intensité de son état anxio-dépressif. Du point de vue somatique, le seul syndrome douloureux chronique persistant était sans rapport avec l'accident. L'irradiation douloureuse au membre supérieur droit était, selon les dires de l'assurée, survenue de nombreux mois après l'accident, et n'avait pas été relevée par les médecins l'ayant examinée dans les suites immédiates de l'accident. L'accident avait été léger et le Dr A\_\_\_\_\_ avait considéré le cas comme terminé le 14 juin 2000. Le Dr

F\_\_\_\_\_ a indiqué rejoindre l'avis du Dr E\_\_\_\_\_ et a déclaré de façon péremptoire qu'il n'existait plus de relation de causalité naturelle entre la symptomatologie cervicale et lombaire d'alors et l'accident du 17 mai 2000. Il a conclu que la relation de causalité naturelle devait être arrêtée à deux ans après l'accident (statu quo sine) et que, sur le plan somatique, l'assurée ne présentait aucune limitation de sa capacité de travail (pièce 22 recourante).

31. Par courrier du 8 novembre 2005, l'assurée a communiqué ses observations au sujet de l'expertise F\_\_\_\_\_ et argué notamment que l'appréciation de ce dernier était contestable dans la mesure où il affirmait que l'incapacité de travail pouvait être expliquée uniquement pour des raisons psychiatriques (pièce 23 recourante).
32. Par décision sur opposition du 16 mars 2006, l'assureur a confirmé sa décision du 6 octobre 2004 de mettre fin aux prestations avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2002.

Préalablement, l'assureur a estimé qu'il n'existait pas de raison de récuser le Dr H\_\_\_\_\_, que le droit d'être entendue de l'assurée avait été respecté et que, quoi qu'il en soit, l'expertise psychiatrique établie le 25 avril 2005 par le Service Médical Régional de l'AI suffisait, de sorte qu'il n'y avait pas lieu de procéder à une expertise supplémentaire.

Quant au fond, l'assureur s'est référé aux conclusions du Dr E\_\_\_\_\_ selon lequel les douleurs cervicales en rapport avec l'accident ne peuvent durer plus de deux ans et les troubles somatiques sont d'une importance réduite par rapport à celle des troubles psychiques. L'assureur s'est également référé aux conclusions du Dr F\_\_\_\_\_, lequel n'a relevé aucune anomalie significative au plan neurologique et a conclu à l'absence de relation de causalité naturelle entre la symptomatologie cervicale et lombaire et l'accident du 17 mai 2000. L'assureur a souligné que les experts du SMR LEMAN mandatés par l'OCAI avaient quant à eux conclu à des cervicalgies chroniques et retenu que l'arrêt de travail s'expliquait par l'apparition d'une nouvelle atteinte correspondant à une fibromyalgie sans rapport objectif avec l'accident. L'assureur en a tiré la conclusion que la relation de causalité naturelle entre, d'une part, les troubles psychiques présentés par l'assurée et les troubles physiques persistant au-delà du 31 octobre 2002, et d'autre part, l'accident du 17 mai 2000, n'était pas établie à satisfaction de droit.

Il a ajouté que l'existence d'un lien de causalité adéquate devait de toute manière être exclue, dès lors que la symptomatologie chronique était apparue progressivement, sans rapport objectif avec l'accident et qu'il s'agissait donc d'une atteinte à la santé secondaire et indépendante. L'accident étant à classer dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, l'assureur a estimé qu'il n'y avait aucune circonstance de nature à le faire apparaître comme particulièrement impressionnant ou dramatique, quelles que fussent les craintes subjectives éprouvées par l'assurée durant les événements, puisque ni elle, ni ses filles n'avaient

subi de lésions physiques sérieuses propres à entraîner des troubles psychiques. Il a relevé que l'assurée a été en mesure de reprendre son travail après trois semaines et que le Dr A\_\_\_\_\_ a considéré que le traitement des suites de l'accident était terminé. Certes, les troubles dont continuait à se plaindre l'assurée avaient motivé d'autres consultations et examens à la fin de l'année 2002, mais il avait été constaté que les troubles psychiques exerçaient une influence déterminante sur l'état de santé de l'assurée. L'arrêt de travail dès le 15 novembre 2002 était à mettre sur le compte des troubles psychiques et notamment du syndrome douloureux chronique qui ne pouvait être mis en relation avec l'accident assuré. Enfin il n'y avait eu ni complication importante, ni erreur médicale tout au long du traitement (pièce 24 recourante).

33. Par acte du 16 juin 2006, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle conclut à la mise en place d'une expertise médicale en neurologie et psychiatrie et, principalement, au versement d'indemnités journalières, à la prise en charge du traitement médical jusqu'au versement d'une rente d'invalidité ainsi qu'à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité corporelle.

La recourante soutient qu'il existe un rapport de causalité naturelle entre l'accident et ses troubles puisque, selon le Dr B\_\_\_\_\_, elle a subi une atteinte à l'intégrité physique qui a été mise en évidence par l'I.R.M. cervicale du 19 novembre 2002 ainsi que par le rapport du Dr L\_\_\_\_\_. Elle fait valoir que lorsqu'un lien de causalité a été retenu à un moment donné, il n'est pas possible, sur des bases purement statistiques, de retenir que ce lien a disparu sans expliquer pourquoi, dans le cas particulier. Selon elle, ni le Dr E\_\_\_\_\_ ni le Dr F\_\_\_\_\_ n'ont expliqué pourquoi ils ont fixé à deux ans la durée de la relation de causalité naturelle.

Par ailleurs, la recourante affirme que l'accident qu'elle a subi était de gravité moyenne, qu'elle souffre très certainement d'un syndrome de stress post-traumatique, que l'accident revêtait un caractère particulièrement impressionnant puisqu'elle a craint pour la vie de ses enfants, que les douleurs sur le plan physique ont été anormalement longues, bien qu'elle ait repris son activité professionnelle rapidement, et enfin, qu'elle était en droit de s'opposer à ce que le Dr H\_\_\_\_\_ soit mandaté dans la mesure où il est largement controversé dans son domaine.

34. Invitée à se prononcer, l'intimée, dans sa réponse du 15 août 2006, a conclu au rejet du recours.

Elle souligne que, selon le rapport de police établi à la suite de l'accident, l'assurée a été légèrement blessée, que les radiographies n'ont montré aucune fracture, que le syndrome vertébral cervical et le syndrome vertébral lombaire ont été qualifiés de

---

non déficitaires, que le Dr A\_\_\_\_\_ a préconisé la reprise du travail à 100% dès le 8 juin 2000 et la fin du traitement le 14 juin 2000.

S'agissant du lien de causalité, l'intimée le nie concernant la causalité naturelle en se basant principalement sur les rapports des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Quant à la causalité adéquate, l'intimée la nie également au motif que les critères objectifs posés par la jurisprudence en matière de troubles psychiques consécutifs à un accident de gravité moyenne ne sont pas réalisés en l'espèce.

Avec son écriture, l'intimée a notamment produit une expertise, datée du 26 juillet 1994, établie par les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, de la policlinique de médecine de l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, sur mandat de l'OCAI. Il en ressort que la recourante est tombée dans les escaliers le 3 novembre 1991, avec réception traumatique sur l'épaule droite, et a été dans l'incapacité totale de travailler durant plus de deux ans. Elle se plaignait de douleurs à l'épaule droite et à la colonne cervicale, accompagnées de sensations vertigineuses, des sensations de malaise, des céphalées occipitales, etc. Les experts n'ont pas trouvé d'élément anatomo-somatique clairement défini pouvant expliquer la symptomatologie présentée par la recourante.

35. Dans sa réplique du 15 septembre 2006, la recourante a fait valoir que le choc n'a pas été léger, mais violent et que même si la police n'a pu constater de lésions visibles, le traumatisme a touché à la fois la statique et le psychique, compte tenu de la frayeur qu'elle a ressentie. Elle rappelle que le 15 novembre 2002, elle a été l'objet d'un malaise qui a nécessité une hospitalisation d'urgence à l'hôpital de la Tour. Elle nie que son licenciement, qui n'est intervenu que le 18 novembre 2002, ait joué un rôle déclenchant sur le plan psychique. Elle réfute les conclusions du Dr F\_\_\_\_\_ sur le plan somatique et invoque l'avis de son médecin traitant, le Dr B\_\_\_\_\_, selon lequel elle souffre bien des suites de son accident, ainsi que celui du Dr O\_\_\_\_\_, ostéopathe, selon lequel elle souffre de séquelles mécaniques vertébrales post-traumatiques.

Selon la recourante, le fait qu'une décompensation soit survenue en novembre 2002, soit deux ans et demi après l'accident, n'est pas surprenant, l'état de stress post-traumatique étant ici une réponse différée à une situation exceptionnellement stressante.

La recourante a notamment produit un rapport daté du 11 septembre 2006 établi par M. P\_\_\_\_\_, ostéopathe, faisant état de douleurs cervicales importantes avec vertiges et céphalées associées à des paresthésies dans le territoire du nerf médian-membre supérieur droit ainsi qu'une lombalgie aiguë et précisant qu'il s'agit de séquelles mécaniques vertébrales post-traumatiques (pièce 32 recourante).

36. Le 25 janvier 2007, le Tribunal de céans a entendu les parties. La recourante a expliqué que par le passé, il lui est arrivé de souffrir de douleurs à l'épaule droite,

sans commune mesure avec ce qu'elle ressent depuis l'accident. La recourante a ajouté avoir traversé en 1990 une dépression ayant entraîné un arrêt de travail de six mois à un an.

L'intimée a quant à elle souligné que l'expertise réalisée le 26 juillet 1994 dans le cadre du dossier AI évoque des troubles similaires à ceux invoqués par l'assurée, notamment au niveau du membre supérieur droit.

Ce à quoi la recourante a rétorqué qu'elle ne nie pas l'existence d'un état préexistant, lequel avait d'ailleurs été admis par le Dr B\_\_\_\_\_. Elle a demandé à faire l'objet d'une expertise bidisciplinaire dont le volet psychiatrique serait confié à un spécialiste en psycho-traumatologie et non à un simple psychiatre.

37. Le même jour, le Tribunal de céans a également entendu plusieurs témoins:

- Le Dr E\_\_\_\_\_ a déclaré se souvenir avoir insisté sur le fait que les dégâts physiques étaient négligeables et n'expliquaient pas la situation de la patiente. En effet, les problèmes physiques étaient banals et n'entraînaient aucune invalidité. En revanche, il a dit avoir été assez impressionné par l'état de stress dans lequel l'accident avait plongé la patiente. Il avait eu le sentiment que les dégâts psychologiques n'avaient peut-être pas été estimés à leur juste valeur dès le début et avait évoqué l'éventualité d'un état de stress post-traumatique.

Il a précisé qu'un point de contracture tel que celui de la patiente, sorti de son contexte psychologique, se règle normalement en six mois. S'il a fixé le délai à deux ans, malgré le caractère bénin de l'affaire, c'est pour tenir compte du fait qu'en cas de lésion cervicale ligamentaire, il arrive parfois que trop de physiothérapie nuise à une évolution rapide. En effet, les séances de physiothérapie, en insistant sur la région des ligaments, ne font que prolonger le problème au niveau cervical.

A la question de savoir si la patiente présentait des antécédents, le témoin a expliqué qu'il avait interrogé la recourante à ce sujet, et qu'elle avait répondu par la négative. Par ailleurs, le Dr E\_\_\_\_\_ a émis l'opinion qu'il est possible que le fait que l'état post-traumatique n'ait pas été diagnostiqué plus tôt ait pu en prolonger la durée et le rendre chronique.

Le témoin a confirmé que c'est avant tout pour des questions psychologiques que la patiente ne pouvait reprendre son travail. Il a expliqué que s'il a conseillé dans les conclusions de son rapport d'attribuer une conséquence psychologique à l'accident, c'est parce qu'il sait d'expérience que plus les procédures durent, plus la situation se dégrade au plan psychologique; il souhaitait ainsi souligner la nécessité d'accélérer le traitement du dossier.

S'agissant du malaise dont la patiente avait été victime au mois de novembre 2002, le témoin l'a attribué à un pic de stress émotionnel.

- M. P\_\_\_\_\_, ostéopathe, a indiqué avoir vu la recourante à quatre reprises, la première fois le 28 août 2006, pour des vertiges, des migraines, des douleurs cervicales et une paresthésie du membre supérieur droit touchant le nerf médian et se traduisant par des fourmillements et une perte de force dans le pouce, l'index et le majeur.

Ses constats ont été les suivants : lésion mécanique des cervicales supérieures (les 3 premières), lésion mécanique au niveau crânien ainsi qu'au niveau des dorsales supérieures (bas de la nuque). Il a également constaté des compensations mécaniques au niveau lombaire.

Le témoin a exprimé l'avis qu'il s'agissait là de séquelles post-traumatiques et non de problèmes évolutifs dus à une maladie ou à une mauvaise posture. Il a expliqué que l'on peut distinguer les séquelles post-traumatiques des problèmes évolutifs par la soudaineté des symptômes et le type de troubles présentés. Les séances étant suivies de problèmes neurovégétatifs tels que vertiges, nausées, pertes d'équilibre et égarement, il a finalement préféré adresser la patiente à un acupuncteur.

A la question de savoir si les lésions de la patiente sont objectivables par imagerie médicale, le témoin a répondu que s'agissant de lésions mécaniques, seuls les déplacements importants sont visibles sur les clichés statiques. En revanche, le blocage ou perte de mobilité ne sont pas décelables sur de tels clichés. Il faut alors procéder à des clichés en extension et flexion par exemple. S'agissant des lésions neurologiques, un scanner ou une I.R.M. ne mettront en évidence que les lésions anatomiques. Il faudra en revanche une scintigraphie par exemple pour déceler une lésion médullaire consécutive à une compression de la moelle épinière.

Les plaintes de la patiente lui paraissaient crédibles et il n'a constaté personnellement aucune exagération. Il a ajouté que sa pratique personnelle lui a permis de constater que souvent, en cas de traumatisme, la statique cervicale apparaît d'abord non modifiée; ce n'est qu'après deux ou trois ans qu'un changement est visible.

Lorsqu'il a procédé à l'anamnèse, et qu'il a demandé à la patiente si elle avait rencontré de tels troubles précédemment à l'accident, elle lui a répondu par la négative.

- Mme Q\_\_\_\_\_ a déclaré que la recourante lui a été adressée pour la première fois le 16 août 2006 pour des séances de physiothérapie.

La patiente se plaignait de cervicalgies, de troubles du sommeil, sous forme de cauchemars de reviviscence de son accident, de fourmillements dans le majeur, l'annulaire et l'auriculaire droits, de perte de force dans le pouce et l'index droits et enfin, de céphalées.

Le témoin a pu constater une position projetée vers l'avant et une "bosse du bison" (ou dermodystonie) que l'on trouve souvent chez les personnes, ne souffrant pas d'obésité, qui ont subi un coup du lapin. Elle a également constaté des contractures musculaires importantes au niveau de la nuque et des épaules.

Les limitations de la recourante sont les suivantes : mobilité réduite de la nuque et port de charges exclu. La patiente se voyait obligée de fractionner ses tâches journalières pour pouvoir les accomplir.

Selon le témoin, ses constatations sur l'état global de la patiente sont compatibles avec un accident de type coup du lapin.

- Le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre psychothérapeute, a indiqué suivre la recourante depuis janvier 2003. Il a posé les diagnostics suivants : état de stress post-traumatique en relation avec l'accident de circulation, épisode dépressif moyen et modification durable de la personnalité. Il a qualifié l'état de la patiente de globalement stationnaire.

Le témoin a souligné que lors de l'accident, la recourante a ressenti un sentiment de mort imminente qui a sans doute joué un rôle important, d'autant que le fait que ses enfants étaient présents a amplifié sa peur.

Le témoin a précisé que les critères diagnostics sont distincts pour une dépression ou un syndrome post-traumatique et que, dans le cas de la recourante, il conclut au second. Il lui apparaît évident que le simple fait d'évoquer l'événement provoque encore un débordement émotionnel chez la patiente.

Le témoin a indiqué ne pas se souvenir que la patiente ait évoqué de troubles psychologiques ou physiques antérieurs à l'accident ayant entraîné une incapacité de travail.

38. Par courrier du 7 février 2007, l'intimée a relevé que le Dr C\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique alors que l'accident n'avait rien d'exceptionnellement catastrophique ou menaçant. A l'appui de ses dires, elle a produit plusieurs pièces, dont une photographie du véhicule accidenté.

39. Le 15 février 2007, les Drs B\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ ont été entendus à leur tour par le Tribunal de céans :

- Le Dr B\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante depuis le mois de novembre 2002, a indiqué que cette dernière l'avait consulté pour des douleurs

cervicales, à l'épaule droite et à la tête, apparues suite à un accident survenu en 2000, lequel était pauvrement documenté, raison pour laquelle il avait procédé à un bilan radiologique et orthopédique.

Il a confirmé que le problème de la recourante est plus psychique que physique et a affirmé n'avoir remarqué aucune discordance entre ses constatations objectives et les plaintes émises par la patiente. Au premier examen, il a posé le diagnostic de suspicion d'état de stress post-traumatique et, après 5 à 6 semaines, celui d'état anxieux dépressif, raison pour laquelle la patiente a été adressée au Dr C\_\_\_\_\_.

L'I.R.M. pratiquée en novembre 2002 a montré une hernie en C7 - certes plutôt à gauche, mais l'I.R.M. se pratique en position statique et la hernie n'est pas stable - et l'examen du Dr L\_\_\_\_\_ a conclu à une radiculopathie du bras droit, raisons pour lesquels le témoin a conclu à un lien de causalité avec l'accident.

Selon lui, les troubles psychiques constatés chez sa patiente sont à attribuer à 100% à l'accident, les problèmes au niveau de la colonne cervicale à hauteur de 75% pour l'accident et de 25% à un état préexistant.

Le témoin a émis l'opinion que le traitement administré à l'hôpital de la Tour dans les jours suivants l'accident était trop léger s'agissant d'une entorse cervicale, lésion dont on sait qu'elle risque de se chroniciser, et que cela a peut-être aggravé la situation.

Le témoin a posé le diagnostic de stress post-traumatique sur la base du fait que l'accident de la circulation dont a été victime la patiente a constitué un choc ayant engendré la peur, d'une part, et que des douleurs étaient apparues postérieurement, d'autre part.

- Le Dr F\_\_\_\_\_ a quant à lui confirmé les termes de son rapport du 4 octobre 2005, expliquant que s'il a indiqué que la patiente ne présentait aucun antécédent, c'est parce qu'il lui a expressément posé la question. Il a dit ignorer que la patiente a été victime d'un accident en 1991, qui a engendré une longue incapacité de travail et a ajouté que cet élément conforte ses conclusions, notamment le fait que le seuil de sensibilité à la douleur de l'intéressée est sans doute abaissé. Il y a, à son sens, énormément d'arguments qui plaident en faveur d'une atteinte dégénérative : premièrement, dans les suites immédiates de l'accident, la patiente s'est plainte uniquement de douleurs cervicales, sans irradiation dans le bras; cette irradiation, selon ses indications, n'est apparue que plusieurs mois après l'accident; deuxièmement, l'I.R.M. pratiquée en novembre 2002 ne montrait ni lésions osseuses associées, ni ligne de fracture; troisièmement, il n'y avait pas de corrélation entre les radios et les plaintes; quatrièmement, la douleur irradiante a pu être reproduite à la palpation de l'omoplate, ce qui démontre que le seuil de douleur était abaissé.

Du point de vue neurologique, le témoin a indiqué ne pas pouvoir cautionner l'affirmation de Monsieur P\_\_\_\_\_ selon laquelle en cas de traumatisme, ce n'est qu'après un délai de deux ou trois ans qu'un changement est visible. Quoi qu'il en soit, il constate que cela ne s'applique pas à la recourante puisque dans son cas, un syndrome cervical a été décelé dès le départ.

Le témoin a également contesté l'affirmation de Monsieur P\_\_\_\_\_ selon laquelle un examen de scintigraphie serait utile pour déceler une lésion médullaire. A son sens, les tensions musculaires suffisent à expliquer les douleurs, et un accident n'est pas indispensable.

Le témoin, auquel il a été fait remarquer que le Dr E\_\_\_\_\_ a fait état de douleurs cervicales *irradiant vers l'épaule droite* signalées dès l'accident, a souligné qu'il l'a relevé comme une contradiction puisque le Dr E\_\_\_\_\_ a également indiqué dans son rapport qu'hormis le syndrome cervical algique de départ, l'ensemble des autres symptômes était apparu beaucoup plus tardivement. Cette dernière affirmation a été corroborée par la recourante elle-même, lorsqu'elle a indiqué au Dr F\_\_\_\_\_ que l'irradiation était survenue plusieurs mois après l'accident, ainsi que par les rapports du Dr A\_\_\_\_\_. Qui plus est, une douleur irradiant à droite devrait s'expliquer pas une lésion en C5. Or, à l'I.R.M., la lésion apparaissait en C6-C7 et à gauche, raison pour laquelle le témoin a conclu à une cause musculaire et non neurologique.

Interrogé sur l'incidence de la diminution de la hauteur du disque intervertébral C5-C6 constatée par le Dr R\_\_\_\_\_, le témoin a expliqué que cela ne changeait rien à ce qu'il venait d'énoncer, et a précisé ses termes en ce sens : une douleur irradiant à droite devrait s'expliquer par une lésion *de la racine C5*.

Selon le Dr F\_\_\_\_\_, l'origine des douleurs est musculaire dans la mesure où il n'y a pas eu de troubles sensitifs, moteurs ou algiques selon un territoire radiculaire C5. Le fait qu'il n'y ait pas eu de fracture a été corroboré par le Dr A\_\_\_\_\_. Le témoin s'est montré catégorique sur l'absence de lésions radiculaires, et a fait remarquer que cela a été corroboré par trois neurologues et une électromyographie (EMG).

40. Par écriture du 16 avril 2007, la recourante a persisté dans ses conclusions.

Au plan psychiatrique, elle produit une expertise du Dr S\_\_\_\_\_ du 18 mars 1994 attestant de l'absence de toute pathologie psychiatrique. La recourante souligne que selon le Dr B\_\_\_\_\_, les antécédents somatiques jouent un rôle à hauteur de 25% pour les douleurs au niveau de la colonne cervicale. Elle se réfère aux explications données en audience par le Dr C\_\_\_\_\_, Mme Q\_\_\_\_\_ et M. P\_\_\_\_\_ et conteste celles du Dr F\_\_\_\_\_, dont l'avis est, selon elle, contredit par les pièces du dossier. Elle allègue que sur le plan somatique, tous les spécialistes, hormis les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_,

ont retenu l'existence d'une atteinte physique. Estimant que la question de la causalité naturelle reste à établir, la recourante persiste à requérir une expertise médicale.

41. Par écriture du même jour, l'intimée a également maintenu ses conclusions.

Elle fait valoir que la recourante a dissimulé le fait qu'elle a été incapable de travailler à 100% pendant plus de deux ans en raison d'une chute survenue le 3 novembre 1991 et qu'il ressort du rapport d'expertise des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ du 26 juillet 1994 que les symptômes dont elle se plaignait alors sont exactement les mêmes que ceux qu'elle ressent maintenant, à savoir des douleurs à l'épaule droite, à la colonne cervicale, des sensations vertigineuses, des sensations de malaise et des céphalées occipitales.

L'intimée se réfère aux avis des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ et aux conclusions de l'expertise bidisciplinaire du SMR du 25 avril 2005, concluant à une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle.

Selon l'intimée, le témoignage du Dr B\_\_\_\_\_, pour qui l'accident était propre à déclencher un stress post-traumatique, n'est pas probant, tout comme celui de Monsieur P\_\_\_\_\_ dont elle fait remarquer qu'il n'est pas médecin.

42. Le 27 juin 2007, le Tribunal de céans a requis des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_ qu'ils se déterminent sur le rapport établi par les Drs M\_\_\_\_\_ ET N\_\_\_\_\_ en date du 26 juillet 1994.

43. Par courrier du 18 juillet 2007, le Dr F\_\_\_\_\_ a maintenu n'avoir trouvé aucun substrat pouvant expliquer la symptomatologie présentée par la recourante. De l'expertise de 1994, il tire la conclusion que le seuil de sensibilité de la patiente est abaissé. Il relève par ailleurs que bon nombre de plaintes décrites en 1994 ressemblent à celles mentionnées plus tard mais fait remarquer qu'entre l'accident de 1991 et celui de 2000, la recourante n'a présenté aucun symptôme durant plusieurs années, ce qui le conforte dans l'idée de l'absence de lésion structurelle pouvant expliquer son état.

44. Quant au Dr E\_\_\_\_\_, il a expliqué, le 23 août 2007, que l'expertise de 1994 ne modifie pas ses conclusions. Dans le fond, il continue à penser que les facteurs psychiatriques jouent un rôle majeur dans les plaintes de la recourante et que, sur le plan neurologique, il n'y a pas d'anomalie invalidante.

45. Par écritures du 24 septembre 2007, la recourante et l'intimée ont persisté dans leurs conclusions.

46. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

---

## EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Le présent litige, qui concerne le droit éventuel à des prestations dès le 1<sup>er</sup> novembre 2002 suite à un accident survenu en mai 2000, doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a).
3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois. Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.
4. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations d'assurance pour la période postérieure au 31 octobre 2002, plus particulièrement, sur le lien de causalité entre l'accident survenu le 17 mai 2000 et les troubles dont elle est encore atteinte.
5. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. 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 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

Si le rapport de causalité avec l'accident est établi, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. Toutefois, de même que pour l'établissement du lien de causalité naturelle fondant le droit à des prestations, il suffit que la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré soit établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante requis en matière d'assurances sociales (ATFA du 31 mars 2005 U.87/2004).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA du 27 octobre 2005 U 389/04; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé, celui-ci doit à tout le moins établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts B. du 30 novembre 2004, U 222/04, C. du 14 octobre 2004, U 66/04, et N. du 4 octobre 2004, U 159/04).

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 consid. 5d/bb et les

---

références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2; ATFA non publié du 18 novembre 2005, U 80/05).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. 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. 3a).

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. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et

---

d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

Le juge peut également accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette 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 353 ss. consid. 3b/ee).

Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

6. La recourante fait grief à l'intimée d'avoir fondé son appréciation sur les rapports des Drs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, pour retenir que les troubles dont elle souffre ne sont pas, au-delà du 30 octobre 2002, en rapport de causalité avec l'accident. Elle fait valoir, qu'en l'absence de rapports établis par des experts neutres et indépendants, la cause ne peut pas être jugée.

a) Selon le Dr E \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, la recourante présente de discrets syndromes vertébro-radiculaires cervical droit sans déficit moteur, ni sensitif dont l'intensité est augmentée par un état anxio-dépressif. Il a constaté qu'il n'y a pas de lésion cérébrale traumatique, que la patiente est tendue, angoissée, algique, avec un caractère assez démonstratif lors des manœuvres imposées, mais relativement mobile lors des manœuvres spontanées et dans la conversation. Il a conclu que la contracture cervicale ne contre-indique pas un travail dépourvu d'effort physique avec les membres supérieurs. Il est d'avis que la conséquence physique de l'accident peut parfaitement être banalisée, contrairement aux conséquences psychologiques. Selon lui, au vu de l'importance du traumatisme, des documents neurographiques et radiographiques, et du mode d'évolution sous traitement adéquat, les douleurs cervicales en rapport avec l'accident doivent être limitées à deux ans après cet événement.

Le Dr F \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué un syndrome douloureux chronique avec contractures musculaires diffuses prédominant au niveau du scalp, de la région cervicale, de la ceinture scapulaire et lombaire ainsi que des troubles dégénératifs étagés cervicaux. Il a constaté l'absence de lésions osseuses post-traumatiques. Selon lui, la possibilité d'un syndrome radiculaire post-traumatique doit être écartée, puisque la symptomatologie est apparue plusieurs mois après l'accident; le Dr A \_\_\_\_\_ ne l'a jamais relevée, considérant même la recourante comme presque guérie, et les examens ne mettent en évidence aucun signe de fracture ou d'une autre lésion traumatique. Du point de vue somatique, l'expert n'a relevé aucun déficit pouvant être attribué à l'accident. La recourante a indiscutablement présenté, initialement, des suites d'un traumatisme cervical, lombaire et du genou gauche, puis, ultérieurement, une accentuation de toute la symptomatologie, survenant dans le cadre d'un regain de l'intensité de son état anxio-dépressif. Mais l'expert se montre catégorique sur le fait qu'il n'existe plus de relation de causalité naturelle entre la symptomatologie cervicale et lombaire et l'accident assuré. La relation de causalité naturelle prend fin, selon lui, deux ans après l'accident (statu quo sine).

Pour les Drs I \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et rééducation, et K \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie, la recourante présente des cervicalgies chroniques à prédominance droite sur troubles dégénératifs et une hernie discale gauche C5-C6, sans signe de compression, ni trouble neurologique associé. Elle souffre également d'une personnalité à traits dépendants et d'une fibromyalgie, symptomatologie douloureuse chronique apparue progressivement, sans rapport objectif avec l'accident, et qui explique l'arrêt de travail dès novembre 2002. La recourante ne présente aucune comorbidité psychiatrique, ni trouble dépressif, ni syndrome psychotique. En particulier, selon les examinateurs, l'appréciation psychiatrique ne peut pas mettre en corrélation l'accident et l'arrêt de travail dès novembre 2002, au motif notamment que l'évolution naturelle d'un syndrome de stress post-traumatique évolue, au plus tard après six mois, en modification de la

personnalité avec des signes spécifiques qu'ils n'ont pas retrouvé lors de l'examen de la recourante. Enfin, selon ces médecins, du point de vue psychiatrique et somatique, la recourante a toujours été capable de travailler, dès lors que l'activité de téléphoniste-réceptionniste est une activité pleinement adaptée aux pathologies arthrosiques bénignes que l'assurée présente.

Le Tribunal de céans constate que ces trois rapports se basent tant sur un examen de la recourante que sur son dossier assécurologique et radiologique. L'anamnèse est complète et les plaintes de la recourante ont été prises en considération. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts et examinateurs ont dûment expliqué et motivé leur point de vue. Leurs conclusions sont cohérentes et convaincantes. Leurs rapports répondent par conséquent en tous points aux exigences permettant de leur reconnaître pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. Reste à déterminer s'il existe des indices concrets permettant de mettre en cause le bien-fondé de leurs conclusions.

b) La recourante fait valoir que les arguments présentés par le Dr F \_\_\_\_\_ sont mis en doute par le Dr B \_\_\_\_\_, M. P \_\_\_\_\_ et Mme Q \_\_\_\_\_.

Le Dr B \_\_\_\_\_ est en effet d'avis que les troubles présentés par la recourante sont en lien de causalité naturelle avec l'accident assuré, ce qu'il argumente par le fait que la recourante présente une hernie discale de C6-C7 (IRM. du 19 novembre 2002) et que le Dr D \_\_\_\_\_ a objectivé une radiculopathie C7 droite (rapport du 2 décembre 2002). Cependant, les appréciations du Dr B \_\_\_\_\_, émises en qualité de médecin traitant, au demeurant non spécialisé dans les troubles somatiques dont souffre la recourante, doivent être abordées avec précaution. En effet, le Dr F \_\_\_\_\_, spécialisé en neurologie, a expliqué de manière convaincante lors de son audition par le Tribunal de céans, qu'au vu de la symptomatologie dont souffre la recourante, celle-ci devrait présenter une lésion de la racine C5. Or, aucun examen n'a objectivé une telle lésion, ce qui lui permet de conclure que la cause n'est pas neurologique.

Qui plus est, les conclusions du Dr F \_\_\_\_\_ ont été corroborées par le Dr E \_\_\_\_\_ et les examinateurs du SMR. On relèvera en particulier que ces derniers n'ont pas mis en évidence de trouble neurologique objectivable, hormis une hypoesthésie globale de tout le membre supérieur droit et de l'hémi-thorax droit ne tenant compte d'aucun dermatome ni de territoire anatomique défini. Ils ont constaté que les examens radiologiques mettaient en évidence des troubles dégénératifs associés à des protrusions discales en C5-C6 et C6-C7, associées à une arthrose antérieure, sans signe compressif radiculaire ou médullaire. Le reste de l'examen clinique était, selon eux, rigoureusement physiologique, hormis la mise en évidence de nombreux signes de non-organicité (rapport bidisciplinaire, p. 7).

---

Quant aux avis émis par M. P\_\_\_\_\_, ostéopathe, et par Mme Q\_\_\_\_\_, physiothérapeute, auxquels se réfère la recourante pour contester les conclusions des experts, force est de constater qu'il ne sont propres à mettre en doute les appréciations concordantes de ces derniers, dès lors que ni M. P\_\_\_\_\_, ni Mme Q\_\_\_\_\_ ne sont médecins.

Enfin, c'est à tort que la recourante allègue, qu'hormis les Drs F\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_, tous les autres spécialistes ont constaté qu'elle présente une atteinte physique (écriture du 16 avril 2007, point IIb). Il ressort en effet des rapports rendus par les experts neurologues précités que ces derniers ont eux aussi diagnostiqué des atteintes physiques.

c) La recourante soutient par ailleurs que, contrairement à ce qu'ont retenu les examinateurs du SMR, elle souffre d'un syndrome de stress post-traumatique.

Le Dr C\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a défendu l'opinion, lors de son audition par le Tribunal de céans, que la recourante souffre d'un état de stress post-traumatique, d'un épisode dépressif moyen et d'une modification durable de la personnalité. Il met cet état de stress post-traumatique en relation avec l'accident assuré. Par ailleurs, dans un rapport établi le 22 novembre 2005 et produit par la recourante dans le cadre de la procédure l'opposant à l'OCAI (A/3343/2006), le Dr C\_\_\_\_\_ reproche aux médecins du SMR de n'avoir tenu compte, ni des insomnies dont se plaint la recourante, ni de l'impact psycho-socio-professionnel de l'accident, ni de sa tendance à l'isolement après l'accident ni des traits de personnalité dépendants qui seraient apparus après l'accident.

L'avis divergent du Dr C\_\_\_\_\_, émis à titre de psychiatre traitant, ne saurait cependant justifier que l'on s'écarte des conclusions du rapport d'examen bidisciplinaire du SMR du 29 avril 2005 d'autant que les reproches faits aux médecins du SMR sont erronés. Il résulte en effet du rapport précité que, contrairement aux dires du Dr C\_\_\_\_\_, les examinateurs ont fait état des plaintes de la recourante quant à l'impossibilité de trouver le sommeil. Ils ont cependant également relevé qu'elle avait déclaré par ailleurs rester au lit le matin jusqu'à 11h00-12h00. Ils ont noté : *"la description du sommeil confond la période qui a juste suivi l'accident de 2000 et la situation actuelle. Il en ressort qu'aujourd'hui, celui-ci est décalé vers le matin mais de bonne qualité: l'assurée dort 11 à 12 heures par nuit et n'a plus eu de cauchemars depuis plusieurs années"*. De la même manière, s'agissant de l'impact de l'accident, les examinateurs ont admis que la crainte de la mort ne faisait aucun doute au moment des faits et qu'il était normal que des insomnies avec cauchemars aient succédé aux événements. Ils ont toutefois relevé que ces signes accompagnateurs physiologiques s'étaient amendés dans un premier temps, avant d'être volontairement réactivés par la recourante lorsqu'elle a sollicité son assurance. Les examinateurs ont en outre expliqué que l'on ne trouve pas chez la recourante de signes spécifiques d'une

---

modification de la personnalité, tels qu'une attitude hostile et méfiante envers le monde, un retrait social, des sentiments de vide ou de perte d'espoir, de menace constante ou de détachement. Ils ont observé un léger détachement par rapport aux gens qui ne la comprennent pas, mais pas d'anesthésie psychique ni d'émoussement émotionnel. Il n'y a pas non plus d'évitement des situations à risque puisque la recourante conduit à nouveau sa voiture (rapport bidisciplinaire, p. 6). En outre, contrairement à ce qu'indique le Dr C \_\_\_\_\_, les médecins du SMR n'ont pas relevé de tendance à l'isolement; la recourante a au contraire expliqué qu'elle se promène l'après-midi avec une amie, qu'elle rencontre de nombreux amis, se rend au cinéma, nage une à deux fois par semaine et entretient de nombreuses amitiés, ces personnes s'invitant mutuellement pour partager des repas (rapport bidisciplinaire, p. 3). Enfin, les examinateurs du SMR ont expliqué que la personnalité à traits dépendants était un mode relationnel choisi délibérément par la recourante et non une maladie psychiatrique (rapport bidisciplinaire, p. 7).

d) Ainsi, aucun des griefs invoqués par la recourante ne permet de justifier que l'on s'écarte des conclusions bien motivées et convaincantes des expertises neurologiques et de l'examen bidisciplinaire du SMR. Il apparaît dès lors superflu d'administrer d'autres preuves et la conclusion préalable de la recourante doit être rejetée (sur l'appréciation anticipée des preuves; cf. ATF 122 II 469 consid. 4a; 122 III 223 consid. 3c; 120 Ib 229 consid. 2b; 119 V 344 consid. 3c et la référence). Il est en outre précisé que dans la mesure où le Tribunal de céans estime que le dossier médical, au plan psychiatrique, est suffisamment complet, la question de savoir si la recourante était ou non en droit de s'opposer à ce que le mandat d'expertise envisagé soit confié au Dr H \_\_\_\_\_ devient sans objet.

Il s'ensuit qu'il faut admettre, au degré de vraisemblance prépondérante requis, que le syndrome cervical dont souffre la recourante n'est, deux ans après l'accident, plus en relation de causalité naturelle avec cet événement. Quant à la fibromyalgie, il y a lieu également de considérer que ce trouble somatique n'est pas, au degré de vraisemblance prépondérante requis, en relation de causalité naturelle avec l'accident au-delà du 30 octobre 2002, dans la mesure où il l'a jamais été.

Reste à examiner si la recourante souffre de troubles psychiques en lien de causalité avec l'accident.

7. a) En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un

accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

b) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (RAMA 1999 U 341 p. 408 consid. 3b). Ces critères sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s consid. 6c/aa et bb et 409 s consid. 5c/aa et bb; FRESARD, op. cit., ch. 39 et les références).

On rappellera cependant que même en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique selon les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non ceux énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b (ATF 123 V 99 consid. 2; RAMA 2002 n°U 470 p. 532 consid. 4a). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que

---

renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme du type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (ATFA non publié du 5 octobre 2006, U 385/05; RAMA 2001 n° 412 p. 79 consid. 2b).

8. En l'occurrence, la recourante souffre de fibromyalgie, diagnostic qui relève des troubles somatiques. Cependant, dans la mesure où le Tribunal fédéral des assurances assimile cette atteinte aux troubles somatoformes douloureux lorsqu'il s'agit d'en apprécier le caractère invalidant (ATF 132 V 65) au motif que ces deux atteintes à la santé présentent des caractéristiques communes, en tant que leurs manifestations cliniques - plaintes douloureuses diffuses - sont pour l'essentiel similaires et qu'il n'existe pas de pathogenèse claire et fiable pouvant en expliquer l'origine, il convient, dans un souci d'exhaustivité, d'examiner s'il existe un lien de causalité entre la fibromyalgie, en tant que trouble psychique, et l'accident.

Le Tribunal de céans constate que la recourante n'a, à aucun moment, présenté le tableau typique d'un traumatisme du type "coup du lapin", à savoir un cumul de plaintes, telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc. (ATF 119 V 337 sv. consid. 1, 117 V 360 sv. consid.4b). Au demeurant, même si l'on devait admettre la survenance d'un tel traumatisme, il conviendrait de considérer que la fibromyalgie développée par la recourante n'appartient pas au tableau clinique typique d'un traumatisme du type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, mais constitue plutôt une atteinte à la santé indépendante. Dans les deux cas, il s'ensuit que la question de la causalité adéquate doit être tranchée en distinguant entre les composantes physiques et psychiques des atteintes à la santé de la recourante.

En l'espèce, sur le vu des critères objectifs, l'accident de circulation du 17 mai 2000 doit être classé dans les accidents de gravité moyenne. En effet, force est de constater que le déroulement de l'événement en cause et l'intensité des atteintes qu'il a générées ne sont pas tels qu'il faille admettre l'existence d'un accident grave (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03).

Par ailleurs, on ne voit pas d'éléments de nature à faire apparaître l'événement du 17 mai 2000 comme particulièrement impressionnant ou dramatique, même si la

recourante a été très effrayée. Les lésions qu'il a entraînées se sont limitées à un syndrome cervical, un syndrome lombaire non déficitaire et une contusion du genou. Les examens n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique. L'évolution a été favorable dès lors que le traitement a été considéré comme terminé le 14 juin 2000. Par ailleurs, le dossier ne met pas en évidence la présence d'erreurs dans le traitement médical qui auraient entraîné une aggravation notable de séquelles de l'accident, ni la survenance de difficultés particulières ou de complications importantes. La durée de l'incapacité de travail a, quant à elle, été courte, puisque la recourante a pu reprendre son activité trois semaines après l'accident. Enfin, même si l'on retenait que les douleurs ont persisté jusqu'à deux ans après l'accident, ce seul critère ne suffit pas pour que l'accident assuré soit tenu pour la cause adéquate de la fibromyalgie dont souffre la recourante.

Sur le vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance au 30 octobre 2002, la recourante ne présentant plus de troubles en lien avec l'accident du 17 mai 2000.

9. Le recours sera par conséquent rejeté.

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

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite
4. 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); 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 :

Janine BOFFI

Karine STECK

La secrétaire-juriste Amélia PASTOR

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