

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3035/2011

ATAS/278/2013

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 19 mars 2013

2^{ème} Chambre

En la cause

Madame L_____, domiciliée à CHENE-BOURG, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Cécile
RINGGENBERG

recourante

contre

AXA ASSURANCES SA, direction générale, sise chemin de
Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile
en l'étude de Maître Didier ELSIG

intimée

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Christine BULLIARD
MANGILI; Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame L_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1955, employée des hôpitaux universitaires (HUG) en qualité d'aide-soignante depuis 1974 est assurée à ce titre auprès de AXA Assurance SA (ci-après : l'assurance ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non-professionnels.
2. Elle a subi plusieurs accidents de type "coup du lapin" en 1975, 1979, 1988 et le 14 novembre 2008. Selon le rapport de M. M_____, chiropraticien, la patiente a interrompu le traitement consécutif à ce dernier accident le 16 octobre 2009, car son état était alors amélioré.
3. L'assurée a subi un accident de la circulation le 25 octobre 2009. Alors qu'elle circulait à 60 km/h. sur la droite de la chaussée, elle a été percutée à l'arrière par un automobiliste roulant à 90 km/h. L'assurée avait attaché sa ceinture. Selon l'assurée, sa voiture a été gravement endommagée et l'appuie-tête a été brisé. Les protagonistes ont rempli et signé un constat amiable, puis l'assurée est rentrée à son domicile. Elle indique avoir ressenti des maux de tête, de nuque, de dos, des vertiges ainsi que des nausées.
4. Le constat amiable d'accident datant du 25 septembre 2009 est entièrement rédigé de la même écriture. Sous la partie concernant le véhicule responsable, il est mentionné qu'il circulait à une vitesse d'environ 90 km/heure ou plus. S'agissant des observations du conducteur victime de l'accident, il est mentionné "je ne me sens pas bien, mal de tête, mal de nuque, mal au dos, envie de vomir et vertiges".
5. Le rapport d'expertise du 2 novembre 2009 du véhicule Opel Astra de l'assurée effectué par X_____, Centre d'expertises automobiles, mentionne que l'état général du véhicule est moyen et que les dommages du choc arrière droit ont touché le coffre, et l'arrière. Le véhicule a été mis en circulation en 1992 et a 82'000 km au compteur. L'accident a eu lieu le 25 octobre 2009. Les photos montrent en effet que l'arrière droit du véhicule est gravement embouti. Les photos de l'intérieur du véhicule, prises par la porte arrière, ne montrent pas de dégât sur les appuie-tête. Le coût de la réparation est devisé à plus de 14'000 fr. la liste des travaux à faire n'inclut pas la réparation ou le changement des appuie-tête.
6. L'accident a été déclaré à l'assurance par l'employeur le 27 octobre 2009 et l'assurée a été totalement incapable de travailler à 100% depuis le 25 octobre 2009. Selon le "1^{er} certificat médical", daté du 10 décembre (novembre?) 2009 (2008?) du médecin-traitant, le Dr A_____, la consultation a eu lieu le 25 octobre 2009. Il mentionne une entorse cervicale sévère avec hernie cervicale. Sur le rapport suivant (daté du 1^{er} décembre 2009?), il mentionne un état dépressif réactionnel (mobbing), il indique que l'évolution est lentement favorable et que le traitement est du Cipralex® et Séroquel®.

7. L'IRM du rachis cervical et dorsal pratiquée le 23 novembre 2009 ne montre pas de lésion osseuse, pas de tassement des corps vertébraux, mais montre des signes de dessiccation des disques C2-C7 compatibles avec des altérations dégénératives, une discrète saillie disco-ostéophytaire au niveau des disques supérieurs, légèrement plus importante en C5-C6. En C6-C7 on trouve une hernie discale postérieure latérale droite, d'environ 9 mm. Le rachis dorsal est normal.
8. L'IRM du rachis lombaire pratiqué le 25 novembre 2009 ne montre pas de lésion osseuse focale suspecte, pas de tassement des corps vertébraux et indique des murs postérieurs bien alignés, avec une discrète discopathie dégénérative au niveau L4-L5 et plus importante au niveau L5-S1, avec dessiccation du disque et pincement significatif; une protusion discale postérieure L5-S1 avec une petite empreinte sur la face antérieure du sac dural, sans signe formel de hernie ou de conflit disco-radiculaire.
9. Selon son rapport manuscrit daté du 1^{er} décembre 2009 (non adressé à l'assurance), le Dr A_____ indique traiter l'assurée par la pose d'une minerve, ainsi qu'un traitement de Zaldiar® et Dafalgan®, relevant un choc psychique avec syndrome de stress post-traumatique. Après l'accident du 25 octobre 2009, elle présente un "coup du lapin" au niveau cervical avec des douleurs irradiant dans le dos et le nerf sciatique droit. Une IRM de toute la colonne ne montre pas de fracture. Elle bénéficie de physiothérapie puis d'ostéopathie, les traitements ayant soulagé les douleurs irradiant dans tout le membre supérieur droit, sans les supprimer complètement (rapport manuscrit du Dr A_____ du 4 décembre 2009; non adressé à l'assurance).
10. Les consultations spécialisées auxquelles l'assurée a été soumise à partir de février 2010 ont donné lieu aux rapports médicaux suivants :
 - a) le rapport du 16 février 2010 du Dr B_____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des HUG qui constate, objectivement, une mobilité cervicale assez bonne, sans limitation, douleurs à la pression sur le sus-épineux du côté droit, pas de signe du Spurling, limitation de l'abduction du membre supérieur droit, les autres mouvements de l'épaule droite étant corrects, tous les réflexes sont faibles mais sont obtenus, sans déficit de la force musculaire. L'IRM montre des signes d'une hernie discale calcifiée qui pourrait être responsable des brachialgies. Il convient toutefois de procéder à un examen neurologique.
 - b) le rapport médical du 26 février 2010 du Dr C_____, spécialiste en neurologie et médecin-consultant aux HUG qui conclut que l'assurée présente des cervico-brachialgies bilatérales prédominant à droite suivant le dermatome radiculaire C7 en rapport avec la hernie discale C6-C7 post-traumatique latéralisées à droite. Cliniquement, il mentionne une discrète parésie et une hypodysesthésie C7 droite sans atteinte des réflexes qui sont vifs et un peu

diffusés, ainsi que les séquelles d'une importante neuropathie post-traumatique du nerf cubital droit au poignet, touchant le versant sensitif et moteur, tant d'un point de vue axonal que myélinique, l'assurée ayant subi un accident touchant son poignet en 1972. Etant donné la chronicité de l'atteinte et l'échec du traitement conservateur, le neurologue suggère un avis neurochirurgical concernant la hernie discale C6-C7.

- c) le courrier du 13 avril 2010 du Dr B _____ au médecin-conseil de l'assurance, qui propose une discectomie avec mise en place de cages pour soulager la brachialgie C7 droite, sans pouvoir se prononcer sur le lien de causalité entre l'accident type "coup de lapin" du 25 octobre 2009 et cette hernie probablement dure et certainement antérieure à l'accident, mais dont la décompensation avec cervico-brachialgie de type C7 est survenue suite à l'accident.
- d) le rapport du 11 mai 2010 du Dr B _____, qui indique que la nature dure ou molle de la hernie ne sera révélée que lors de l'opération. S'il s'agit d'une hernie molle, on pourra dire qu'il s'agit d'une hernie post-traumatique et si elle est dure, il y avait probablement une discopathie avec herniation non symptomatique qui a été déclenchée par l'accident.
- e) le rapport de l'IRM cervicale pratiquée le 18 mai 2010 qui permet de retrouver, sans modification, une volumineuse hernie postéro-latérale droite au niveau C6-C7, déformant le cordon médullaire et, sans changement, une petite hernie postéro-latérale droite C5-C6, par comparaison avec l'IRM du 23 novembre 2009.
11. Par ordonnance de condamnation du 17 mai 2010, le Procureur général a reconnu coupable l'auteur de la voiture responsable de l'accident de lésions corporelles par négligence. Il ressort des faits que le prévenu circulait à 90 km/heure sur un tronçon limité à 60 km/heure.
12. A la demande de l'assurance, le Dr D _____, spécialiste en neurochirurgie a effectué une expertise. Son rapport du 5 juillet 2010 est fondé sur les documents transmis par l'assurance, les radiographies, les renseignements de l'assurée ainsi que l'examen clinique du 25 mai 2010. Selon la patiente, elle aurait subi des accidents impliquant un "coup du lapin" en 1975, 1979, 1988 et 2008, le dernier étant un léger "coup du lapin". Après avoir recueilli les renseignements de la patiente et procédé à un examen de celle-ci, l'expert relève que ni le neurologue, ni le neurochirurgien qui ont examiné la patiente n'ont pu mettre en évidence un syndrome radiculaire qui correspond au niveau de la hernie discale C6-C7 droite mais que, malgré tout, une indication opératoire a été posée probablement surtout à cause des céphalées et d'une brachialgie droite qui motivent le maintien d'une incapacité de travail, qui n'est médicalement pas documentée. Lors de l'examen,

l'expert ne constate ni syndrome cervico-radicaire, ni déficit neurologique, mais seulement une hernie discale C6-C7 médio-latérale droite sans irritation radicaire, qui fait partie des altérations dégénératives étagées cervicales et lombaires, qui sont des facteurs étrangers à l'accident. Vu la discordance entre les renseignements de la patiente, des médecins et du fait que la police n'a pas établi de constat, malgré les destructions de l'intérieur de la voiture qui étaient très importantes selon l'assurée, et le peu de symptômes subjectifs, ainsi que le status neurologique quasiment normal, l'expert émet des doutes en ce qui concerne la violence de l'accident, respectivement que celui-ci soit à même de causer une incapacité de travail qui perdure jusqu'à présent. Il a donc exposé à l'assurée que la hernie discale n'est pas la suite de l'accident, que de nombreuses personnes vivent avec une telle hernie, qu'il est d'avis qu'elle doit enlever sa minerve, faire un peu de musculation et reprendre le travail. L'expert retient donc un discret syndrome cervico-brachial droit sans déficit neurologique, des altérations dégénératives cervicales avec lésions discales C6-C7, une spondylo-cervicale et lombaire sans déficit neurologique, des céphalées et une obésité. La patiente ayant tapé sa tête contre l'appuie-tête de la voiture, elle a subi une contusion cervicale, et non pas une lésion du type accélération-décélération, le corps médical et la littérature s'accordant qu'une telle lésion guérit sans séquelles au plus tard 6 à 9 mois après l'évènement, de sorte que le *statu quo sine* est atteint le 25 avril 2010, l'incapacité de travail actuelle n'étant plus en lien de causalité avec l'évènement du 25 octobre 2009. L'assurée doit reprendre son travail au plus vite; il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité.

13. Le compte-rendu de l'intervention chirurgicale du 18 juin 2010 du Dr B_____ contient notamment une description de l'intervention, le médecin indiquant que du côté droit, en profondeur, on voit nettement qu'il y a plusieurs petits fragments luxés entre le plan vertébral postérieur et le ligament vertébral commun postérieur qui refoule le cordon médullaire et comprime la racine. Il s'agissait bien d'une hernie molle.
14. Par pli du 4 août 2010, l'assurance informe l'assurée que, suite au rapport du Dr D_____, il s'avère que l'accident du 25 octobre 2009 n'a fait qu'aggraver, de manière temporaire, des troubles préexistants qui ne relèvent pas de son devoir d'indemnisation, raison pour laquelle dès le 26 avril 2010, c'est la caisse-maladie qui doit répondre de tous les soins prodigués.
15. Par pli du 6 septembre 2010 adressé au médecin-conseil de l'assurance, le Dr B_____ commente le rapport d'expertise du Dr D_____ et soulève que ce dernier ne détenait pas un élément important pour procéder à son appréciation, à savoir que la patiente a finalement été opérée et qu'on a trouvé une hernie molle lors de la discectomie, ce qui va à l'encontre des conclusions émises, qui supposent que la patiente avait une hernie dégénérative calcifiée.

16. Le Dr D_____ prend position le 20 octobre 2010 et relève que tout le monde s'accorde que l'hernie discale C6-C7, sans déficit neurologique, mise en évidence par les IRM du 23 novembre 2009 et 18 mai 2010 était antérieure à l'évènement du 25 octobre 2009, ce d'autant plus qu'on trouve dans les examens neuroradiologiques des altérations dégénératives pluri-étagées cervicales et lombaires et on ne peut parler d'une hernie discale déclenchée par un accident que si le traumatisme est à même de causer une lésion de la colonne vertébrale à l'endroit de l'hernie discale, alors que l'accident du 25 octobre avec choc de la tête contre l'appuie-tête ne remplit pas ce critère. Pour lui, le critère pour déterminer qu'une hernie discale est traumatique ou dégénérative est défini par l'anamnèse, le déroulement de l'évènement, le status clinique radiologique ainsi que l'évolution et on ne peut pas définir une hernie traumatique en se basant sur un critère anatomo-pathologique. D'ailleurs, si on qualifiait de traumatiques toutes les hernies molles, une grande majorité des hernies seraient traitées aux frais de l'assurance-accident. Aucun jugement du Tribunal fédéral ne s'est basé sur ce critère anatomo-pathologique et il maintient donc son opinion que l'assurée a subi une contusion cervicale après l'accident du 25 octobre 2009 et que le *statu quo ante et sine* étaient atteints le 25 avril 2010.
17. Par décision du 16 mars 2011, l'assurance ne reconnaît plus à l'assurée le droit à des prestations légales et contractuelles dès le 26 avril 2010, sur la base de l'avis du Dr D_____, qui rejoint la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances en matière de hernies discales.
18. Représentée par l'association suisse des assurés (ASSUAS), l'assurée forme opposition le 3 mai 2011 et conclut à l'annulation de la décision, préalablement à la mise sur pied d'une nouvelle expertise. Elle fait valoir qu'elle a présenté le tableau clinique typique d'une lésion de type "coup du lapin", raison pour laquelle l'assurance a pris en charge les examens et traitements médicaux, à juste titre. L'assurée soutient que le lien de causalité naturelle est donné même après le 25 avril 2010, le Dr B_____ certifiant qu'une hernie molle est une luxation d'une partie du noyau pulpeux suite à un traumatisme, les circonstances de l'accident confirmant la présence d'un traumatisme de type "coup du lapin". L'assurée produit deux rapports médicaux :
- a) le courrier du Dr C_____ au Dr B_____ du 31 mars 2011 indiquant que l'examen électro-neuro-myographique effectué la veille montre l'apparition de signes de réinervation dans les muscles examinés dépendant d'une myotome C7 à droite mais il persiste toujours des tracés en activité volontaire un peu diminués de type intermédiaire riche. Il signale l'absence de signes de dénervation aigue dans les muscles examinés dépendant des myotomes C5-C6-C7-C8 à droite et toujours des signes en faveur d'une importante neuropathie séquellaire du nerf cubital droit touchant le versant sensitif et moteur avec des signes de dénervations chroniques anciennes.

b) le rapport du 19 avril 2011 du Dr B _____ qui diagnostique une hernie discale C6-C7 droite. Il avait initialement pensé que l'hernie était calcifiée car elle était hypo-intense en T1 et, par la suite, l'exploration chirurgicale a montré que cette hernie était molle, cette différence étant importante puisqu'une hernie dure est en général dégénérative, alors que si l'hernie est molle, on peut considérer qu'elle est relativement récente et pourrait être consécutive à l'accident que la patiente a subi le 20 octobre 2009. La patiente a repris son travail d'aide-soignante à Belle-Idée à 50% depuis le début de l'année 2010, en dépit des douleurs séquellaires qui continuent à la faire souffrir et elle est suivie par un psychiatre. En raison des plaintes perdurant huit mois après l'opération, elle a été adressée à nouveau au Dr C _____, l'examen du 30 mars 2011 montrant une nette amélioration. Le médecin conteste les conclusions du Dr D _____ et expose que dans la plupart des cas de coup de lapin, on ne met pas en évidence de lésions traumatiques ; le seul argument de poids en faveur d'une atteinte traumatique est le fait que la patiente a développé une hernie molle importante luxée en plusieurs petits fragments, et non pas une discopathie dégénérative cervico-arthrosique. Il s'avère de plus que la patiente était totalement asymptomatique avant ce traumatisme type "coup du lapin". Compte tenu de l'âge de la patiente, soit 55 ans, il n'y a que très peu d'altération dégénérative, une absence de tassement et comme seule anomalie, une hernie discale nette, qui est également relevée dans l'examen préopératoire du 18 mai 2010 (C6-C7 droite), sans autre altération dégénérative. Les détails de l'accident dont a été victime la patiente montrent un choc postérieur qui a cassé son appui-tête occasionnant certainement un mouvement au moment du choc de flexion de la tête puis d'hyper-extension comme il est décrit dans la littérature médicale "coup du lapin", la biomécanique de l'accident ne correspondant pas à une contusion cervicale, retenue par le Dr D _____.

19. Par décision sur opposition du 31 août 2011, l'assurance rejette l'opposition, motif pris que dans l'hypothèse, contestée, ou le lien de causalité naturelle serait admis, le lien de causalité adéquate fait de toute façon défaut, l'accident de gravité moyenne, à la limite de la banalité, obligeant l'examen des sept critères déterminant dans ce cas-là. L'accident n'avait pas de caractère particulièrement impressionnant, l'assurée n'a pas subi de blessure spécialement grave ou menaçante pour sa vie, le traitement médical n'a pas été spécialement lourd et la durée de l'incapacité de travail est liée à une hernie discale et non pas aux suites de l'accident, de sorte que c'est à juste titre que l'assurance a décidé que l'incapacité de travail et les douleurs résiduelles sont sans relation avec l'accident à partir du 25 avril 2010.
20. Par acte du 3 octobre 2011, l'assurée forme recours contre la décision sur opposition. Elle conclut à l'annulation de la décision, avec suite de dépens et, préalablement, à son audition, à l'audition du Dr B _____ et à la mise en œuvre d'une expertise médicale pluridisciplinaire. En substance, elle fait valoir que suite à l'accident du 25 octobre 2009, elle a présenté le tableau clinique typique des

lésions du rachis cervical par accident du type "coup du lapin", raison pour laquelle l'assurance a d'ailleurs pris en charge les examens et traitements médicaux et ces troubles cervicaux. C'est toutefois à tort que l'assurance a mis un terme aux prestations dès le 26 avril 2010, dès lors que, selon l'avis du Dr B _____, il a été déterminé lors de l'intervention chirurgicale que l'assurée souffrait d'une hernie molle, soit une luxation d'une partie du noyau pulpeux qui se déplace suite à un traumatisme. Cet avis ayant pleine valeur probante, il convient d'admettre le rapport de causalité naturelle entre les troubles et l'accident. S'agissant du rapport de causalité adéquate, l'accident peut objectivement être qualifié d'accident de gravité moyenne. Les lésions subies par l'assurée sont caractéristiques du traumatisme de type "coup du lapin", ce qui a immédiatement été diagnostiqué par le Dr A _____. Le traitement a une durée anormalement longue, puisque l'assurée est toujours sous antalgique et qu'elle a dû subir une intervention chirurgicale le 18 juin 2010. De même, la durée et le degré d'incapacité de travail de l'assurée sont importants (100% du 26 octobre 2009 au 2 janvier 2011 puis 50% jusqu'au 1^{er} juin 2011). En ce qui concerne les douleurs, l'assurée continue à en ressentir au niveau de la nuque, du bras. Elle subit des migraines et des douleurs permanentes dans tout le corps et connaît des problèmes de mobilité. Ainsi, le rapport de causalité adéquate doit également être admis.

21. Par mémoire de réponse du 3 janvier 2012, l'assurance conclut au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité. Il soutient que la distinction entre une hernie molle et une hernie dure n'existe pas devant le Tribunal fédéral, ce d'autant qu'une origine traumatique n'est pas retrouvée dans la totalité des cas de hernie molle, selon le Dr D _____. C'est seulement exceptionnellement qu'une hernie discale peut être considérée comme étant principalement due à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qui est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail, voire une immobilisation complète et forcée. L'imagerie pratiquée sur l'assurée a montré des signes compatibles avec des altérations dégénératives. Celle-ci a vraisemblablement connu une aggravation passagère en raison de la contusion cervicale subie lors de l'accident, mais seulement durant les six premiers mois post-traumatiques, sur le plan de la causalité naturelle. Lorsque la causalité naturelle est difficile à établir, c'est le critère de la causalité adéquate qui permet de trancher la situation. Sur ce point, outre le fait que l'assurée connaissait en octobre 2009 un état dépressif réactionnel lié à un mobbing, l'assurance s'en réfère à sa décision sur opposition, s'agissant des critères de la causalité adéquate.
22. L'assurée a déposé des observations le 27 janvier 2012 et rappelle que les premiers soins ont été donnés par le Dr A _____ le lendemain de l'accident du 25 octobre 2009, car il y avait une persistance des douleurs à la tête, des vomissements, des vertiges, symptômes que l'assurée n'avait jamais présentés auparavant. Les douleurs à la nuque qui ont nécessité le port d'une minerve, les

douleurs au bras qui est resté très algique, ne s'étaient jamais présentées avant l'accident en question. Le rapport du Dr D _____ n'était pas probant, dans la mesure où il n'a pas examiné l'assurée, ni procédé à une anamnèse complète, ni tenu compte des plaintes de l'assurée, sans compter le fait que ses conclusions sont contredites par le rapport opératoire du 18 juin 2010.

23. Lors de l'audience de comparution personnelle du 17 avril 2012, l'assurée a confirmé avoir subi quatre ou cinq autres accidents de type "coup du lapin" avant celui du 25 octobre 2009, le dernier datant du 15 novembre 2008. Elle a alors été incapable de travailler jusqu'au 21 novembre 2008 et les soins de physiothérapie ont duré une année après l'accident. Lors de l'accident du 25 octobre 2009, la police n'est arrivée que deux heures après l'accident et a rempli le constat amiable, car elle n'était pas en état de le faire elle-même. Aucun rapport de police n'a été établi et l'état du véhicule n'a pas été précisé dans le constat. Elle roulait à 60 km/heure lorsqu'elle a été percutée à l'arrière par un véhicule qui roulait certainement bien plus vite qu'à 90 km/heure, comme déclaré par son conducteur. Elle a été très choquée. Les sièges avant et l'appuie-tête ont été endommagés, en ce sens qu'ils étaient sortis de leur axe. Le pneu arrière droit a été tranché et le coffre arrière endommagé. Elle est sortie du véhicule soutenue par la personne qui l'accompagnait et elle a immédiatement ressenti des vertiges et des maux de tête et de nuque. En raison des vertiges, son amie a dû la raccompagner pour qu'elle se rasseye dans la voiture. Elle n'était pas en état d'exiger un rapport de police ou des précisions sur le constat amiable. Sur question précise, l'assurée confirme que c'est bien elle qui a mentionné les dégâts concernant son véhicule et l'état dans lequel elle se trouvait sur ledit constat amiable. Elle ne s'est pas rendue à l'hôpital car elle y travaille et elle sait d'expérience qu'elle aurait dû attendre six à sept heures avant d'être prise en charge. Des amis sont venus la chercher et l'ont raccompagnée chez elles, son amie (la passagère) ayant ensuite passé la nuit avec elle car elle n'était pas bien. Elle a vomi durant la nuit et les vertiges continuaient. Elle a pris du Dafalgan et a consulté son médecin le lendemain.

Les précédents accidents étaient beaucoup moins violents et elle n'avait alors ressenti ni vertiges, ni vomissements, mais uniquement des maux de tête, sauf pour l'évènement de novembre 2008. Il est exact que lors de l'accident du 25 octobre 2009, elle bénéficiait déjà d'un traitement léger pour un état dépressif lié au travail. L'assurée conteste avoir dessiné le croquis sur le constat amiable et ajouté les mentions de la vitesse du véhicule. L'assurée a repris le travail à 50% dès le 3 janvier 2011 et à 100% dès le 1^{er} juin 2011, de nuit, car c'est un travail moins lourd. L'assurance a indiqué que dans l'hypothèse où la Cour admettait la causalité entre l'affection et l'accident, elle renoncerait alors à invoquer le moyen tiré de l'absence d'accord de l'assurance pour l'intervention chirurgicale du 18 juin 2010.

24. Lors de l'audience d'enquêtes du 15 mai 2012, la passagère du véhicule de l'assurée lors de l'accident du 25 octobre 2009 ainsi que trois témoins, circulant dans un autre véhicule et ayant assisté à l'accident, ont été entendus.

La passagère a confirmé que la violence du choc a déporté la voiture sur la gauche avant que l'assurée ne parvienne à la ramener sur la droite par un coup de volant. Le témoin estime que le choc était violent en raison du bruit de l'impact et du fait que la voiture a été déportée. La passagère était alors plaquée contre le siège, la tête légèrement en-dessous de l'appuie-tête, comme "lovée" dans le siège, de sorte que sa tête n'a pas été projetée en avant puis en arrière et qu'elle n'a pas tapé contre l'appuie-tête. Elle a dû soutenir l'assurée lorsqu'elle sortait de la voiture : elle gémissait et il a fallu la soutenir pour se rendre jusqu'à l'autre véhicule, elle avait mal, elle n'était pas bien, mais elle est restée debout tout du long et n'a pas dû se rasseoir dans la voiture. Des amis sont venus les chercher et ils ont déposé l'assurée devant son immeuble puis la passagère est rentrée chez elle. L'assurée a rempli le constat, en tout cas sa partie, le dessin et les annotations concernant son état. Le policier qui a pris acte du constat a reproché à l'assurée d'y avoir ajouté des annotations concernant son état.

En substance, les trois témoins de l'accident ont confirmé que l'assurée roulait à 60 km/heure et que le véhicule qui l'a emboutie roulait à environ 100 km/heure. Le choc était important et l'arrière du véhicule de l'assurée était gravement endommagé. Un témoin confirme que l'assurée a dû être soutenue pour sortir de la voiture, alors qu'un autre estime qu'elle est sortie seule et que le troisième ne s'en souvient pas. L'assurée était choquée, pleurait, selon un témoin, était énervée selon un autre et semblait perdue et paniquée. Elle a indiqué avoir mal à la nuque, mais elle ne s'est pas évanouie, n'a pas vomi, et parvenait à parler. Hormis un soutien psychologique, elle n'avait pas besoin de soins du point de vue physique. Selon un témoin, l'assurée a dû être assise sur un muret alors que, selon un autre, elle est restée debout. Les protagonistes étaient énervés et il a fallu les séparer. Au vu du retard pris par la police, les témoins n'ont pas attendu son arrivée.

25. La Cour a renoncé à solliciter l'apport de la procédure pénale, compte tenu du fait qu'il est établi que la police n'a pas rédigé le constat amiable produit et que l'ordonnance de condamnation retient que le prévenu circulait à 90 km/heure et la victime à 60km/heure.
26. Lors de l'audience du 2 octobre 2012, ont été entendus et confrontés les Drs B_____, neurochirurgien ayant procédé à l'intervention chirurgicale de l'assurée et le Dr D_____, neurochirurgien, médecin-conseil de l'assurance. Ils ont déclaré ce qui suit:

Ils sont d'accord que l'objet de la discussion concerne l'hernie discale en C6-C7.

Selon le Dr B _____, il est impossible d'établir que l'hernie discale C6-C7 était préexistante à l'accident, en raison du fait que l'assurée était asymptomatique.

Selon le Dr D _____, les altérations dégénératives constatées sur l'IRM de novembre 2009 étaient certainement déjà préexistantes, même si l'assurée était asymptomatique. Sinon, elle aurait connu des douleurs importantes avec des irradiations dans le bras droit, qui auraient conduit à une visite médicale urgente. Avec l'âge, de nombreux patients ont des altérations dégénératives, sans symptômes. Il fait référence à l'ensemble des atteintes décelées lors des différents examens pratiqués.

Le Dr B _____ rétorque que lorsque l'hernie sort, elle n'est pas forcément tout de suite en contact avec la racine et qu'il est plausible que les douleurs et irradiations ne se manifestent qu'un mois après l'accident, ce que le Dr D _____ conteste. Le Dr B _____ ajoute qu'il n'est pas possible de déterminer avec certitude, à l'imagerie, s'il s'agit d'une hernie molle ou dure. Toutefois, dans le cas de l'assurée, il y a un faisceau d'arguments découlant de l'imagerie car les radios effectuées ont montré très peu d'altérations dégénératives, soit très peu de signes d'arthrose, mais le Dr D _____ conteste cette différence entre hernie molle et dure.

Les deux médecins estiment que l'examen clinique n'est pas déterminant pour l'origine traumatique ou malade de l'atteinte.

Dr D _____ ajoute qu'il n'a pas eu connaissance du rapport du Dr C _____, neurologue, ni de l'électro-neuro-myographie effectuée. Le fait qu'une atteinte nette de la racine C7 du côté droit ait été constatée ne modifie pas son appréciation s'agissant de la causalité. Le fait que l'atteinte intervienne dans un laps de temps relativement court après l'accident n'implique pas de causalité avec celui-là. Ainsi, le fait d'avoir mentionné l'absence d'atteinte neurologique dans son expertise n'est pas déterminant pour l'absence de causalité.

Selon le Dr B _____, lorsqu'on opère une hernie discale dure, le matériel qu'il faut enlever est sec ou dur et il faut d'ailleurs le fraiser ou l'enlever avec des micro-pinces, alors que pour une hernie molle, on retire des petits fragments du noyau pulpeux, comme un bigorneau de sa coquille, avec un crochet.

Le Dr D _____ estime que l'on peut effectivement trouver des composantes molles ou dures, mais elles ne permettent ni de déterminer l'origine, ni l'âge de l'hernie.

Les deux médecins exposent que l'anneau fibreux est la partie externe plutôt dure et le noyau pulpeux la partie interne molle. Que l'hernie soit d'origine traumatique ou dégénérative, on peut trouver des fragments de noyau pulpeux.

Le Dr D _____ ajoute que lors de l'examen initial et de la première imagerie, aucune lésion traumatique n'a été mise en évidence, ni fracture, ni fissure, ni déchirure, et c'est cela qui est déterminant pour l'absence de lien de causalité. L'hernie discale trouvée lors de l'imagerie du 23 novembre n'est pas une telle lésion car elle peut être expliquée par une autre cause.

Le Dr B _____ précise que dans les cas de syndrome du "coup du lapin", l'assuré connaît des douleurs cervicales qui peuvent durer des années, sans atteinte neurologique. Le cas de l'assurée est différent car elle a subi un accident important, avec le mécanisme du "coup du lapin" (aller et retour de la tête), puis, dans le mois qui suit, des douleurs cervicales et au bras, consécutives à l'hernie discale, qui constitue précisément la lésion traumatique.

A ce stade de l'audience, la Cour relate aux témoins les circonstances de l'accident selon les témoignages recueillis.

Le Dr B _____ indique alors qu'il a fondé son analyse sur la relation que l'assurée lui a faite de l'accident. Celui-ci est peut-être de moindre gravité que ce qu'elle a décrit, mais il relève tout de même qu'elle a été percutée par un véhicule circulant à plus de 30 km/h de plus qu'elle, de sorte que l'assurée a malgré tout dû faire un mouvement important de la tête, même s'il a été retenu à l'arrière par l'appuie-tête. Ces informations quant aux circonstances de l'accident ne modifient donc pas son point de vue s'agissant du lien de causalité entre l'accident et la lésion.

Le Dr D _____ expose que la question de la vitesse n'est pas de son ressort car elle concerne le lien de causalité adéquate. Par contre, la description de l'état de la patiente montre que la lésion primaire n'était pas si grave et le fait que l'appuie-tête n'ait pas été détruit montre que la tête a été retenue et que le mouvement en arrière, qui est le plus nuisible, n'a pas eu lieu. Il a ainsi retenu le diagnostic de contusion, soit un choc de la tête, à défaut de phénomène d'accélération et décélération.

Un accident ne peut pratiquement jamais causer une hernie discale et peut rarement déclencher ou rendre douloureuse une hernie discale préexistante. Dans ce cas-là, d'importantes douleurs avec irradiations se présentent immédiatement après l'accident, et au maximum dans les 72 heures, s'agissant des cervicales. Il s'agit de douleurs intenses, comme des décharges électriques, qui ressemblent à une sciatique dans la nuque.

Le Dr B _____ précise d'emblée qu'il est témoin et non pas expert dans cette cause, et ne peut donc pas citer toute la littérature mentionnée par le Dr D _____, et qu'il fonde son point de vue sur le fait que la patiente était asymptomatique avant l'accident. Il pense que le délai avant l'apparition des douleurs peut s'expliquer en lien avec l'accident.

Le Dr D_____ rappelle que le fait que l'assurée ait connu cinq autres épisodes de "coup du lapin", dont celui de 2008 qu'il a connu, montre que sa colonne cervicale a été beaucoup sollicitée.

Le Dr B_____ expose que l'état médical n'était évidemment pas stabilisé en avril 2010. Une hernie molle peut, avec le temps, régresser et se calcifier et, de ce fait, devenir dure. Sans pouvoir préciser des recherches à ce sujet, ni avoir procédé à une étude précise, il pense que ce phénomène prend entre six mois et une année. Certains patients asymptomatiques présentent toutefois une hernie et, à la comparaison des imageries une année plus tard, on voit qu'elle a parfois pratiquement disparu. Elle s'est ratatinée, c'est-à-dire calcifiée.

Le Dr D_____ relève qu'il y a quarante ans environ, la CNA exigeait un examen histologique de ce qui était prélevé lors de l'opération d'une hernie et que cela a été fait à large échelle. A chaque fois, on trouvait des fragments mous, du noyau pulpeux, des fragments durs de l'anneau fibreux et parfois des bouts d'os, ce qui faisait conclure à une origine traumatique à chaque fois, alors que ces mêmes fragments étaient retrouvés dans les hernies qui n'étaient pas consécutives à un accident. Depuis lors, on ne se base plus sur ces examens, mais sur l'examen clinique et les circonstances de l'accident.

L'assurée rappelle qu'elle a consulté le lendemain de l'accident ; le Dr A_____ lui a prescrit des dérivés morphiniques, ainsi qu'une minerve. Elle a repris le travail, mais continue à prendre des traitements lourds et à souffrir en permanence, malgré l'opération.

Dr D_____ ajoute que le fait que les douleurs et les irradiations aient régressé, même sans disparaître complètement, selon le rapport ultérieur du Dr A_____, confirment l'absence de causalité.

Les avis des deux médecins concordent sur les points suivants. Après lecture du certificat médical du Dr A_____ du 2 décembre 2009, ils relèvent que la mention de « douleurs irradiant dans le dos et le nerf sciatique droit » fait référence à des douleurs dans le membre inférieur et non pas supérieur. Le Zaldiar® mentionné dans ce rapport est un mélange de Dafalgan® et de Tramadol® qui, sans être un dérivé morphinique, est un puissant médicament contre la douleur.

Dr D_____ ajoute qu'il n'avait pas connaissance de ce document, mais il ne modifie pas son appréciation.

27. Le Dr A_____ ne s'étant pas présenté à l'audience, il a été interrogé par écrit, sur la base de la liste des questions rédigées par les parties le 8 novembre 2012.

Il a répondu ainsi aux questions posées :

1. Il est encore actuellement le médecin-traitant de l'assurée.
2. Avant le 25 octobre 2009, l'assurée l'a consulté, le 25 novembre 2009 (sic, soit vraisemblablement 2008) pour des sciatalgies et le 3 septembre 2009 pour du mobbing.
3. Les traitements prescrits, pour l'évènement du 25 novembre, étaient des AINS et, pour le mobbing, du Cipralex® et du Seroquel®.
4. Il confirme son rapport du 1^{er} décembre 2009 et notamment le diagnostic d'état dépressif réactionnel (mobbing) et indique que ces troubles ont commencé depuis l'accident, sans autre précision.
5. Il est bien l'auteur du certificat médical du 4 décembre 2009 et confirme sa teneur, notamment "douleurs irradiant dans le dos et le nerf sciatique droit". L'assurée lui a fait part de cette plainte spécifique à la date de l'accident (sans précision) et le médecin ne répond pas à la question de savoir quel est le lien de ce trouble avec le "coup du lapin" mentionné.
6. L'état de santé est stabilisé, depuis environ six mois, avec des douleurs résiduelles.
7. Depuis l'accident du 25 octobre 2009, divers antalgiques ont été prescrits, de la physiothérapie, une minerve. Actuellement, il prescrit à sa patiente du Tramal®, Sportugel, Dafalgan®, Flector, Zaldiar®, ainsi que divers médicaments liés à d'autres affections (de type asthme).
8. L'évolution de la capacité de travail a été variable depuis le 25 octobre 2009, car, après une reprise, elle a été en arrêt après l'opération.

Le médecin précise que l'expert de l'assurance ne connaît pas la différence entre hernie dure et hernie molle et produit de la littérature à ce sujet et rappelle que le TFA a débouté la SUVA dans un arrêt du 14 février 2006 qu'il joint à son courrier.

28. Par conclusions du 10 décembre 2012, la SUVA persiste et estime que la cause est en l'état d'être jugée. Les indications du Dr A_____ ne sont pas probantes, puisque le mobbing et les sciatalgies sont antérieures à l'accident et que, même si elles étaient postérieures, cela ne suffirait pas à admettre le lien de causalité.
29. Par conclusions motivées après enquêtes du 11 décembre 2012, l'assurée sollicite, préalablement, l'audition de l'auteur du rapport du 2 novembre 2009 concernant l'état du véhicule de la recourante, l'audition du Dr A_____ et à ce qu'une expertise pluridisciplinaire, y compris biométrique, soit ordonnée, pour constater la causalité entre le "coup du lapin" lors de l'accident et l'hernie discale et, au fond, annuler la décision entreprise et condamner l'assurance à verser à l'assurée les prestations d'assurance, avec suite de dépens.

L'assurée reprend longuement les déclarations des divers médecins entendus et estime que seule une expertise pourra trancher les questions médicales de fait suivantes : la recourante a-t-elle subi un "coup du lapin" ou une contusion cervicale; la hernie discale est-elle d'origine traumatique ou dégénérative; quelle est la différence entre une hernie molle et une hernie dure.

30. Les parties ont été informées, le 13 décembre 2012, que la cause était gardée à juger.
31. Le conseil supérieur de la magistrature a informé la Cour de céans le 18 février 2013 que Monsieur N_____, juge assesseur auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice - qui a siégé lors des audiences de comparution personnelle et d'enquêtes des 17 avril, 15 mai et 2 octobre 2012 -, s'avérait être domicilié dans le canton de Vaud depuis le 30 novembre 2010, de sorte que, depuis lors, il ne remplissait plus les conditions d'éligibilité.
32. Sur ce, la cause a été gardée à juger.
33. Lors de la délibération du 19 mars 2013, ont siégé Mesdames O_____ et P_____, juges assesseures, selon la composition mentionnée au pied du présent arrêt.

EN DROIT

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

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 et est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2).
3. Selon les art. 56 et 60 LPGA, le recours est recevable.
4. a) Conformément à l'art. 30 al. 1 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (Cst. - RS 101), toute personne dont la cause doit être jugée dans une procédure judiciaire a droit à ce qu'elle soit portée devant un tribunal établi par la loi, compétent, indépendant et impartial. Le droit des parties à une composition régulière du tribunal impose des exigences minimales en procédure cantonale ; il interdit les tribunaux d'exception et la mise en œuvre de juges *ad hoc*

ou *ad personam* et exige dès lors, en vue d'empêcher toute manipulation et afin de garantir l'indépendance nécessaire, une organisation judiciaire et une procédure déterminées par un texte légal (ATF 129 V 335 consid.1.3.1). Toute partie à une procédure a un droit à ce que l'autorité soit composée régulièrement et statue au complet, et que seules délibèrent les personnes habilitées (ATF 137 I 340 consid. 2.2.1 ; 127 I 128 consid. 4b ; ATA/16/2007 du 16 janvier 2007 consid. 5).

b) C'est, en premier lieu, à la lumière des règles cantonales topiques d'organisation et de procédure qu'il convient d'examiner si une autorité judiciaire ou administrative a statué dans une composition conforme à la loi (ATF 131 I 31 consid. 2.1.2.1 ; 129 V 335 consid. 1.3.2 ; 127 I 128 consid. 3c ; Arrêt du Tribunal fédéral 2D_6/2012 du 31 juillet 2012 consid. 2.2). A Genève, les juges assesseurs sont des magistrats de l'ordre judiciaire au sens de l'art. 132 de la Constitution de la République et canton de Genève du 24 mai 1847 (Cst-GE - A 2 00) (ATF 130 I 106 consid. 2.1). Ils doivent remplir les conditions d'éligibilité prévues par l'art. 5 al. 1 LOJ, sauf celles de la titularité du brevet d'avocat et des 3 ans de pratique professionnelle utile au poste (art. 5 al. 2 LOJ). Tout juge assesseur doit donc, pour être éligible, avoir l'exercice des droits politiques dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. b LOJ) et être domicilié dans le canton de Genève (art. 5 al. 1 let. c LOJ). Lors de l'adoption de la LOJ, le 26 septembre 2010, le législateur a prévu que les magistrats déjà en fonction au moment de l'entrée en vigueur de la loi et ne remplissant pas la condition exigée par l'art. 5 al. 1 let. c LOJ n'y étaient pas soumis (art. 144 al. 8 LOJ).

c) En l'espèce, Monsieur N_____ ne remplissait plus la condition d'éligibilité prévue à l'art. 5 al. 1 let. b LOJ depuis le 30 novembre 2010. Domicilié dans le canton de Vaud, il n'avait en effet pas l'exercice des droits politiques à Genève (art. 39 al. 2 et 3 Cst. et art. 1 let a de la loi sur l'exercice des droits politiques du 15 octobre 1982 - LEDP - A 5 05). L'exception à l'exigence du domicile à Genève prévue par l'art. 144 al. 8 LOJ est seulement applicable aux assesseurs déjà domiciliés en France au 31 décembre 2010, mais ayant l'exercice des droits politiques à Genève. Ainsi, Monsieur N_____ a été remplacé par Madame O_____, qui a participé à la délibération du 19 mars 2013. La chambre des assurances sociales de la Cour de justice a ainsi siégé dans une composition conforme à la loi et, partant, régulière.

5. Le litige porte sur le point de savoir si l'assurance est fondée à mettre un terme à ses prestations au-delà du 26 avril 2010 et, singulièrement, sur le lien de causalité entre l'accident du 25 octobre 2009 et l'hernie discale, à défaut entre l'accident et les douleurs et l'incapacité de travail de l'assurée.
6. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose

entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle 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.

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

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

b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type "coup du lapin" (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (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.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). En outre, l'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type "coup du lapin" justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par exemple : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05).

c) Le Tribunal fédéral avait rappelé que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte, soit lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Le lien de causalité naturelle ne pouvait pas se fonder sur une simple possibilité non vérifiée, à savoir que la hernie discale molle n'existait pas avant l'accident (arrêt du 7 février 2000, U144/99). Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme. Cela étant, il n'est pas contradictoire d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre un accident et des troubles post-traumatiques s'inscrivant dans un contexte d'affections dégénératives préexistantes, puis de considérer qu'ultérieurement, ce lien s'est résolu à la faveur d'une rémission des troubles post-traumatiques et que l'état de santé de l'intéressé est par conséquent similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (arrêt du 6 septembre 2004, U 149/04).

Le Tribunal fédéral a admis sur la base d'une expertise le lien de causalité naturelle dans le cas d'un assuré qui présentait avant l'accident des troubles dégénératifs étagés des disques intervertébraux de la colonne lombaire, qui étaient asymptomatiques. Si l'accident de chantier lors duquel l'assuré avait chuté en voulant soulever un sac de ciment n'était pas en soi susceptible d'entraîner une rupture de l'anneau fibreux d'un disque lombaire, et comme conséquence une hernie discale, il était dans tous les cas propre à déclencher les symptômes d'une hernie discale, dès lors que le disque était déjà fragilisé par des micro-traumatismes antérieurs ou un processus à caractère dégénératif. Bien que l'accident ne constituât pas la cause unique de l'atteinte à la santé, le processus dégénératif étant prédominant, il avait néanmoins décompensé durablement les troubles dégénératifs (arrêt du 14 février 2006, U 351/04).

d) Dans un arrêt du 19 février 2008 publié aux ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type "coup du lapin" et lésions similaires. Il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin". La causalité

naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentés de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur. Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5).

e) 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 n° U 142 p. 75, consid. 4b).

7. a.) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007).

b) Afin de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles psychiques développés ensuite par la victime, la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ; les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut dorénavant prendre en considération les sept critères exhaustifs (cf. arrêt du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) suivants :

- a) les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ;
- b) la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé), étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie

douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral (consid. 10.2.2) ;

- c) l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); la durée anormalement longue du traitement médical ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (consid. 10.2.3) ;
- d) l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les douleurs persistantes doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- e) les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ;
- f) les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ;
- g) l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

- c) Dans l'arrêt précité (ATF 134 V 109), le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit

organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer, une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. Il a modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante: les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé); la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé); l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé); les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé); l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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

de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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).

c) Le juge peut 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 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) 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).

f) 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).

9. a) En l'espèce, il s'agit en premier lieu de déterminer si l'hernie discale C6-C7, puis si les troubles de l'assurée persistant au-delà du 22 avril 2010, en particulier les migraines, les douleurs dans la nuque, le dos et dans le bras droit (cf. acte de recours) sont en lien de causalité naturelle avec l'accident de la circulation du 25 octobre 2009.

Les rapports du Dr D _____, médecin conseil de l'assurance, se fondent sur le dossier complet de l'assurée, ils tiennent compte des données subjectives de la patiente, des examens cliniques et radiologiques et leurs conclusions sont claires et bien motivées. Il retient ainsi que l'assurée a subi uniquement une contusion cervicale lors de l'accident, de sorte que les troubles subsistant six mois après l'évènement ne sont plus en lien de causalité avec celui-ci.

L'assurée conteste ce point de vue sur la base des rapports du Dr B _____, également spécialiste en neurochirurgie, qui a pratiqué l'intervention du 18 juin 2010. En substance, après avoir estimé que l'hernie était vraisemblablement ancienne et dégénérative au vu de l'imagerie, il retient de l'intervention que le fait que l'hernie soit "molle" démontre son origine traumatique, alors que le Dr D _____ le conteste.

Les rapports du Dr A _____ ne permettent pas d'éclairer la situation de sa patiente, tant il est vrai qu'il mentionne des dates contradictoires et semble confondre ou ne faire qu'un des divers événements et de leur traitement (mobbing traité peu avant l'accident du 25 octobre 2009, puis amélioration des suites de l'accident avec maintien d'un traitement anti-dépresseur et mention, plus tard, d'un état de stress post traumatique, dont on ne sait pas à quel trauma il doit être attribué).

- b) Il sied donc d'abord d'examiner les arguments respectifs des parties et des médecins concernant l'origine de l'hernie. Les deux spécialistes confirment que

l'examen clinique n'est pas seul déterminant mais que l'imagerie et les circonstances de l'accident, ainsi que les plaintes de la patiente, le sont.

b.a.) On rappellera d'abord brièvement que, de jurisprudence constante, le fait que l'assurée ait été asymptomatique avant l'accident n'est pas suffisant pour admettre le lien de causalité. Ce fait n'est d'ailleurs pas démontré au vu du traitement de physiothérapie suivi après celui du 25 novembre 2008 - que l'assurée qualifie de sans gravité - jusqu'au 16 octobre 2009. Tel est pourtant l'un des arguments essentiels du Dr B_____.

b.b.) Les explications du Dr D_____ concernant les importantes douleurs que l'assurée aurait ressenties immédiatement après l'accident, notamment dans le bras droit, si le choc avait été suffisamment violent pour provoquer une hernie, sont convaincantes et correspondent à la littérature médicale. D'ailleurs le Tribunal fédéral a toujours confirmé qu'une hernie discale traumatique ne pouvait être admise que suite à un accident particulièrement important et pour autant que le syndrome vertébral ou radiculaire apparaisse immédiatement. Or, l'assurée s'est plaint de douleurs dans le bras droit un mois seulement après l'accident mais également de douleurs dans la nuque irradiant dans le dos et le nerf sciatique droit (cf. rapport du Dr A_____ du 1^{er} décembre 2009), c'est à dire aussi dans la jambe droite, ce qui est sans lien avec une hernie en C6-C7.

Pour le surplus, du point de vue objectif, le Dr B_____ et le Dr C_____ relèvent que l'examen est normal en février 2010, la patiente montrant une mobilité cervicale assez bonne et, outre une limitation de l'abduction du bras droit, aucun signe d'atteinte radiculaire, ni déficit de la force du bras n'étant constatée ; les médecins concluent dès lors que l'hernie discale pourrait être responsable des brachialgies.

b.c.) Les déclarations de l'assurée sur les circonstances et la gravité de l'accident sont contradictoires sur certains points avec les pièces et les témoignages recueillis. Il est établi que l'assurée a été emboutie par un véhicule circulant entre 90 km/heure et 100 km/heure alors qu'elle roulait à 60 km/heure, ce qui constitue indubitablement un choc important, confirmé par les photos montrant l'état de l'arrière du véhicule et par les témoins. Toutefois, outre une douleur à la nuque, l'assurée ne s'est plaint et ne souffrait d'aucun autre symptôme durant les deux heures qui ont suivi l'accident selon les témoins unanimes. Après avoir vraisemblablement été aidée à sortir de sa voiture, elle se tenait debout sans aide, elle s'est même énervée avec l'autre conducteur, elle a été capable de remplir entièrement le constat amiable, ce qui exclut les vertiges et elle n'a au demeurant pas vomi. Déposée devant son immeuble, elle est montée seule dans son logement et son amie n'est pas restée chez elle pour la nuit, de sorte que les allégations de vomissements durant la nuit ne sont pas confirmées. Au demeurant, face à un tableau aussi grave, en comparaison de ce que l'assurée dit avoir subi lors des

précédents accidents, elle se serait très certainement rendue à l'hôpital rapidement. De même, le Dr A _____ n'aurait pas manqué de mentionner ces plaintes dans ses premiers rapports médicaux.

De plus et contrairement aux affirmations répétées de la recourante, ni les photos, ni le devis produits ne mentionnent que le ou les appuie-tête auraient été détruits, voire déplacés de leur axe. Finalement, la passagère (dont on a incidemment appris l'existence en audience) est non seulement sortie totalement indemne de la voiture, ce qui peut s'expliquer par la position du corps et de la tête "en dessous de l'appuie tête", mais elle n'a même pas ressenti un quelconque mouvement d'accélération-décélération. Or, c'est en partie sur la base de la description faite par l'assurée et notamment la destruction de l'appuie-tête que le Dr B _____ s'est fondé pour admettre que ce "coup du lapin" avait provoqué l'hernie litigieuse.

b.d.) Les IRM effectuées un mois après l'accident ne montrent aucune lésion, ni fracture, ni déchirure, ni fissure, mais mentionnent l'hernie discale postérieure droite C6-C7 et des signes dégénératifs des disques C2 à C7 et au niveau L5-S1 et L4-L5. D'ailleurs, jusqu'à l'opération du 18 juin 2010, le Dr B _____ semblait plutôt convaincu du caractère dégénératif de cette hernie au vu de son aspect calcifié et de l'imagerie en général. C'est donc selon lui la distinction entre hernie molle et dure qui devrait permettre de retenir une origine traumatique, car l'hernie serait alors récente. A ce propos, rien ne permet à la Cour de s'écarter des explications circonstanciées du Dr D _____ s'agissant du nombre de cas dans lesquels une hernie molle est constatée en l'absence de tout traumatisme, au point où ce critère anatomo-pathologique n'est plus retenu. C'est donc le déroulement de l'accident et ses suites immédiates, notamment les plaintes de l'assurée, qui excluent la cause traumatique, alors que l'existence de lésions dégénératives est établie au degré de la vraisemblance prépondérante par l'imagerie.

b.e.) Compte tenu de l'ensemble des circonstances sus décrites, la Cour retient donc sur la base de l'avis probant du Dr D _____ que l'hernie discale C6-C7 n' a pas été causée par l'accident du 25 octobre 2009. Selon lui, l'assurée a donc subi une entorse cervicale et non pas une hernie discale laquelle était préexistante au degré de la vraisemblance prépondérante.

Reste à déterminer la durée des conséquences d'une entorse cervicale. Selon le Dr D _____, l'entorse subie lors de l'accident n'a que temporairement aggravé des troubles dégénératifs préexistants à celui-ci. Il estime qu'une telle lésion guérit sans séquelles après 6 à 9 mois, selon la littérature, de sorte qu'il retient que l'incapacité de travail au-delà du 25 avril 2010 n'est plus en lien de causalité avec l'accident. Aucun autre avis médical circonstancié ne permet de s'écarter de ces conclusions. Au demeurant, on ne peut pas simplement appliquer l'arrêt du Tribunal fédéral concernant l'ouvrier à celui de l'assurée, ne serait-ce qu'en raison du fait que

le traumatisme n'a pas été du même ordre, car il a chuté sur le côté droit alors qu'il tentait de soulever et de porter une lourde charge sur son dos.

c) A défaut de déficit organique, soit de lésion constatée sur les IRM de fin novembre 2009, il faut encore examiner, conformément à la jurisprudence restrictive du Tribunal fédéral, si l'on peut admettre un rapport de causalité naturelle entre l'accident et le "coup du lapin". Tel n'est toutefois pas le cas. D'une part, il n'a pas été établi que l'assurée ait immédiatement présenté les symptômes typique du "coup du lapin". D'ailleurs, son médecin-traitant relevait une évolution favorable en décembre 2009, en ne prescrivant alors qu'un traitement pour la dépression et non pas des antalgiques. D'autre part, l'instruction n'a pas confirmé l'existence d'un mouvement d'accélération-décélération du genre "coup du lapin".

A défaut de lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs, l'impotence et l'incapacité de travail au delà du 25 avril 2010, il n'est pas nécessaire d'examiner le lien de causalité adéquate. Au demeurant, si le lien de causalité naturelle était admis, il faudrait alors nier le lien de causalité adéquate. Bien que, contrairement à ce que soutient l'assurance, il n'est pas établi que les aspects psychiques aient pris le dessus et que rien ne permet d'exclure qu'un assuré légèrement dépressif suite à un "mobbing" et traité en conséquence soit victime d'un "coup du lapin", il s'avère tout de même que l'assurée a été rapidement traitée pour des troubles d'ordre dépressif, bien que les certificats contradictoires du Dr A_____ tous deux datés du 1^{er} décembre 2009 ne permettent pas de déterminer s'il s'agissait simplement de la suite du traitement déjà en cours lors de l'accident. De plus, l'assurée a ensuite été suivie par un psychiatre, mais cet élément n'est pas suffisant pour exclure la causalité. Par contre, le Tribunal fédéral semble renoncer à distinguer les plaintes somatiques et psychiques pour l'examen de la causalité adéquate pour tous les troubles de la lignée du "coup du lapin". Ainsi, à défaut de déficit organique, la persistance des douleurs est en lien de causalité adéquate avec l'accident pour autant que celui-ci ait été particulièrement impressionnant ou grave, que les lésions aient été importantes, le traitement long et pénible, les douleurs intenses, que des complications soient apparues, etc. Les faits rappelés ci-dessus ressortant de l'instruction de la cause ont permis d'exclure la quasi-totalité de ces critères, sans qu'il soit nécessaire d'y revenir dans le détail.

d) Le rapport du Dr D_____ est convaincant en ce qui concerne en particulier la distinction entre hernie molle et dure. Le "coup du lapin" a été exclu sur la base des faits de la cause, de sorte qu'il n'est pas utile d'ordonner une expertise médicale, a fortiori biométrique. Quant au Dr A_____, dûment convoqué, à une date convenue à l'avance par courtoisie et par respect de l'agenda chargé des médecins, il s'est excusé à la dernière minute, en raison d'une "surcharge de travail", de sorte qu'il ne sera pas convoqué une nouvelle fois, malgré ses réponses lacunaires et partielles aux questions - précises - posées par écrit.

10. Compte tenu de ce qui précède, la Cour retient que les troubles de l'assurée et son incapacité de travail au-delà du 25 avril 2010 ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 25 octobre 2009, de sorte que c'est à juste titre que l'assurance a alors mis fin à ses prestations. Les soins, et en particulier l'opération du 18 juin 2010 sont donc à la charge de l'assurance-maladie et c'est l'assurance perte de gain maladie de l'employeur qui doit, le cas échéant, indemniser l'incapacité de travail jusqu'au 1^{er} juin 2011.
11. Le recours, mal fondé, est rejeté. La procédure est gratuite.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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; 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

Irène PONCET

Sabina MASCOTTO

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