



POUVOIR JUDICIAIRE

A/389/2005

ATAS/709/2005

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**5<sup>ème</sup> Chambre**

**du 31 août 2005**

En la cause

Madame B \_\_\_\_\_, représentée par Madame CHOUET  
Laurence, agent d'affaires,

recourante

contre

SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS  
D'ACCIDENTS, Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, représentée  
par Maître CORDONIER Marlyse

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente, Valérie MONTANI et Karine STECK, juges.**

---

### EN FAIT

1. Madame B \_\_\_\_\_, ressortissante italienne au bénéfice d'un permis d'établissement, née en 1947, travaillait en qualité de caissière facturiste auprès de X \_\_\_\_\_ AUTO (Suisse) SA depuis 1990 et était assurée à ce titre auprès de la CAISSE NATIONALE D'ASSURANCES EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après: la SUVA) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. En date du 27 juillet 1996, alors qu'elle se trouvait en Italie, elle a fait une chute en descendant les escaliers et heurté avec sa tête l'arrête de la dernière marche ; elle n'a pas perdu connaissance.
3. De retour à Genève le lendemain, vu la persistance de douleurs dans la région crânienne et de vomissements, l'assurée s'est rendue aux urgences des HUG où les examens radiologiques n'ont pas révélé de fracture. Elle a ensuite consulté le Dr L \_\_\_\_\_, médecin de famille, et enfin, sur le conseil de ce dernier, le Dr M \_\_\_\_\_, rhumatologue.
4. Dans un rapport adressé à la SUVA le 21 octobre 1996, le Dr M \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de syndrome post-commotionnel (TCC) et syndrome cervical post-traumatique, ainsi que de cervico-brachialgies à droite avec parasthésies de la main droite. L'évolution était lentement favorable, selon ce médecin.
5. L'assurée a été en incapacité totale de travailler jusqu'au 20 octobre 1996, puis a repris son activité à 50%. Dès novembre 1997, elle a été en arrêt de travail total.
6. En date du 31 janvier 1997, le Dr N \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a constaté la présence d'un syndrome subjectif post-traumatisme crano-cérébral (TCC) simple et post-entorse cervicale à évolution un peu prolongée, la patiente se plaignant de douleurs cervico-scapulaires droites et de céphalées occasionnelles. Il a précisé que les radiographies cervicales et transbuccales avaient montré une discopathie débutante C5-C6 et C6-C7 (hernie discale), mais qu'aucun élément post-traumatique n'était décelable. Ces constatations étaient également confirmées par l'IRM pratiquée de la colonne cervicale.
7. Le 17 février 1997, le Dr M \_\_\_\_\_ a informé la SUVA que la symptomatologie cervico-brachiale (due à la discopathie débutante) s'était aggravée avec, en outre, une décompensation anxieuse accompagnée d'un état subdépressif, raison pour laquelle il avait adressé la patiente au Dr O \_\_\_\_\_, psychiatre.
8. L'assurée a bénéficié d'une cure de bains à Yverdon du 3 au 14 mars 1997, à l'issue de laquelle le Dr P \_\_\_\_\_, dans son rapport du 21 mars 1997, a conclu que l'ensemble du tableau, ainsi que l'évolution des suites de l'accident, pouvaient laisser craindre une évolution vers une symptomatologie de type fibromyalgie.

9. Dans une lettre adressée le 19 juin 1997 au médecin-conseil de la Suva, le Dr L \_\_\_\_\_ a souligné notamment qu'une hernie discale avait été révélée suite à une IRM cervicale et cette hernie pouvait être tout à fait secondaire à l'accident du 27 juillet 1996.
10. En date du 25 juin 1997, l'assurée a été examinée par le médecin d'arrondissement de la SUVA, le Dr Q \_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et chirurgie.

Dans son rapport du 25 juin 1997, ce médecin a relevé l'absence de lésion traumatique. La patiente lui a déclaré ressentir encore des maux de tête ainsi que des douleurs dans l'épaule et la nuque irradiant dans le bras droit avec des fourmillements persistants dans la main et un manque de force. Elle a fait état de nausées et troubles de la vue lors de céphalées violentes (quoique l'examen ophtalmologique n'ait rien démontré de pathologique). Elle s'est également plainte de fatigue et d'un manque de concentration ainsi que de nausées et vertiges. L'assurée a par ailleurs signalé au médecin qu'en 1989, elle avait déjà eu une contusion à la tête, une fenêtre de bureau lui étant tombée dessus, qu'elle avait alors ressenti des vertiges ainsi que des douleurs à la nuque et que celle-ci était restée sensible depuis, avec des maux de tête sporadiques.

Le Dr Q \_\_\_\_\_ a noté que la patiente paraissait très déprimée et décrivait ses troubles de manière imprécise et avec une exagération certaine, consciente ou non.

Compte tenu des divers troubles constatés, il a proposé à la patiente un séjour à la clinique de Bellikon pour investigation complémentaire et a admis une incapacité de travail résiduelle de 50%.

11. L'assurée a séjourné à la clinique de réadaptation de Bellikon du 17 août au 24 septembre 1997.

Lors du consilium psychosomatique, il a été constaté que la patiente présentait un trouble d'adaptation post-traumatique avec traits dépressifs et anxieux ainsi qu'une importante labilité affective chez une immigrante italienne éprouvant énormément de difficultés à faire face aux déficits de ses performances et anticipant la perte de son emploi.

Du rapport de sortie établi le 2 octobre 1997, il est ressorti que le tableau clinique était dominé par des céphalées post-traumatiques ayant en partie un caractère migrainiforme. Le testing neuropsychologique n'a pas permis de déterminer si un trouble des fonctions neuropsychologiques lié à un léger traumatisme cérébral se cachait derrière la limitation des capacités d'origine psychique et douloureuse mais cela a paru assez improbable. Un léger trouble vestibulaire lié à l'accident a été constaté, les spécialistes ayant relevé un état d'irritation dû aux douleurs ressenties dans la région du rachis cérébral. Les critères de la fibromyalgie n'étaient pas remplis. Le trouble d'adaptation post-traumatique semblait entretenir les troubles de

la patiente auparavant performante, qui essayait de compenser les problèmes par un effort tout particulier et par l'emploi d'une multitude de médicaments. Il existait également une certaine extension des symptômes. Par ailleurs, il était certain que l'accident du 27 juillet 1997 avait constitué un facteur déclenchant aussi bien pour les céphalées que pour les cervicalgies. Les médecins ont estimé que la capacité de travail était de 30% jusqu'au 22 octobre 1997, puis dès cette date de 50%.

12. Selon le rapport de l'examen otoneurologique du 6 octobre 1997 du Dr R \_\_\_\_\_, l'assurée souffrait de troubles de la fonction vestibulaire centrale combinés avec une étiologie vertigineuse cervicogène. L'état a été qualifié d'important. D'un point de vue ORL, ce médecin a considéré que la capacité de travail était totale. L'assurée devait toutefois éviter de conduire.
13. Sur demande du Dr L \_\_\_\_\_, la Dresse S \_\_\_\_\_ a pratiqué une IRM cérébrale en date du 18 novembre 1997. Elle a conclu qu'il y avait deux petites lésions cervicales se présentant sous forme de petites lacunes, l'une étant en région fronto-basale droite sous-corticale et la deuxième étant en région temporale gauche au niveau de la capsule externe. Ces deux lésions pouvaient avoir tant une origine ischémique (maladive) que traumatique.
14. L'assurée a déposé une demande de prestations AI sous forme de rente le 19 novembre 1997.
15. En date du 23 décembre 1997, lors d'un nouvel examen par le médecin d'arrondissement, le Dr Q \_\_\_\_\_, la patiente s'est plainte des mêmes douleurs et fourmillements que précédemment, estimant globalement que son état allait en s'aggravant. Dans son appréciation du cas, le Dr Q \_\_\_\_\_ a constaté que l'absence de lésions objectivées au niveau de l'appareil locomoteur lui permettait de conclure que l'action délétère de l'événement était totalement éteinte pour les troubles y relatifs, mais qu'il convenait de procéder à des investigations complémentaires concernant les autres troubles, l'incapacité de travail totale restant dépendante de ceux-ci.
16. Sur demande du Dr L \_\_\_\_\_, l'assurée a été examinée au centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur (HUG) les 17 février et 2 mars 1998.

Dans leur rapport du 13 mars 1998, les médecins ont posé les diagnostics de :

- Syndrome post-commotionnel persistant avec céphalées post-traumatiques et troubles vertigineux,
- Cervicobrachialgie droite avec composante neurogène probable,
- Etat dépressif.

Ils ont constaté que la patiente présentait un tableau compatible avec un syndrome post-commotionnel compliqué d'un état dépressif important, ainsi que d'une probable douleur neurogène au niveau de son bras droit, les points de fibromyalgie étant par ailleurs tous présents sur l'hémiscorps droit.

17. L'assurée a été licenciée au 31 juillet 1998 en raison de son état de santé.
18. Sur demande de la SUVA, le Dr T \_\_\_\_\_, otoneurologue, a indiqué à la SUVA, le 2 décembre 1998, que le bilan otoneurologique ne montrait, comme seule anomalie, qu'une prédominance nystagmique (atrophique) gauche aux épreuves vestibulaires. Cette anomalie ne présentait aucune spécificité. Le Dr T \_\_\_\_\_ a dit penser que les vertiges évoqués entraient dans le cadre des céphalées chroniques, elles-mêmes probablement consécutives au syndrome post-commotionnel. Il a précisé que l'état dépressif décrit comme important par ses confrères constituait certes un facteur aggravant de ce tableau.
19. Selon l'appréciation médicale du Dr U \_\_\_\_\_, neurologue, du 9 août 1999, il résulte de l'anamnèse que l'assurée a vraisemblablement subi une légère lésion cérébrale traumatique. Les symptômes initiaux (nausées, sentiment, par moments, d'être droguée, céphalées) pourraient être un indice pour une réaction cérébrovasculaire à un choc de la tête, réaction qui a éventuellement provoqué un léger œdème au cerveau. Les symptômes de fatiguabilité et de troubles de la concentration dont s'est plainte l'assurée par la suite, sont l'expression d'un syndrome post-commotionnel. L'examen otoneurologique a objectivé une légère atteinte vestibulaire. En règle générale, les plaintes post-commotionnelles disparaissent dans les semaines qui suivent l'accident. Les plaintes de l'assurée n'ont cependant que passagèrement diminué. Ensuite, un trouble anxio-dépressif s'était installé. Il existe aujourd'hui un syndrome post-commotionnel persistant et résistant à toute thérapie. La cause des céphalées, des cervicalgies et brachialgies persistantes avec paresthésies dans la main, ainsi que les paresthésies de la moitié droite du visage n'est pas expliquée par des lésions qui auraient engendré des modifications durables de l'appareil squelettique ou aux parties molles. Une lésion cérébrale traumatique n'a pas pu être objectivée. Toutefois, les structures cérébrales ne sont pas nécessairement lésées lors d'une légère lésion cérébrale traumatique et d'un syndrome post-commotionnel persistant. Quant à ce dernier syndrome, il ne peut être déduit d'une chaîne ininterrompue d'effets impératifs du traumatisme originel, mais est dû à plusieurs facteurs. L'accident en cause constitue une cause possible, mais non pas vraisemblable de ce syndrome.
20. En date du 8 octobre 1999, le Dr V \_\_\_\_\_, psychiatre, a informé la SUVA de ce qu'il suivait la patiente pour un état dépressif anxieux depuis février 1997, état dépressif venu se greffer sur un syndrome post-commotionnel de céphalées et cervicobrachialgies coriaces. Dans l'ensemble, l'état de santé de l'intéressée demeurait stationnaire depuis un an avec une souffrance dépressive marquée,

découlant surtout de la chronicité du syndrome algique. Il a évoqué des troubles de la personnalité comme facteur étranger à l'accident, mais souligné que le point de départ de l'ensemble de la pathologie était le traumatisme du 27 juillet 1996.

21. Selon décision du 24 mars 2000, l'office cantonal de l'assurance invalidité (ci-après : l'OCAI) a considéré que l'assurée avait droit à une rente d'invalidité basée sur un taux d'invalidité de 50% dès le 28 juillet 1997 puis de 100% depuis le 1<sup>er</sup> novembre 1997.
22. Par courrier du 30 novembre 2001, le Dr T \_\_\_\_\_ a conclu que le bilan otoneurologique effectué les 7 et 28 novembre 2001 avait mis en évidence des séquelles d'un déficit vestibulaire brusque avec cupulolithiase à gauche.
23. En date 30 août 2003, le Dr V \_\_\_\_\_ a informé la SUVA de ce que :
  - Sa patiente souffrait d'un syndrome post-commotionnel, de céphalées et cervicobrachialgies chroniques surtout droites, associé à un état dépressif fluctuant et chronique,
  - elle suivait une médication antalgique et timoléptique en permanence et des séances espacées de psychothérapie du soutien,
  - elle se plaignait de sensations vertigineuses ainsi que de troubles de la concentration,
  - de septembre 2002 à cette date, quatre épisodes de lombalgies aiguës avaient nécessité une intervention d'urgence,
  - l'incapacité totale de travail découlait autant de l'état dépressif que du syndrome algique récurrent.
24. Sur demande de la SUVA, le Dr W \_\_\_\_\_, médecin-traitant, a indiqué le 24 septembre 2003 que l'état de sa patiente était stationnaire, que l'incapacité de travail était toujours de 100% et que la reprise d'une activité professionnelle ne lui semblait pas envisageable, précisant qu'il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident du 27 juillet 1996.
25. Le 14 janvier 2004, le Dr X \_\_\_\_\_ a procédé à une appréciation neurologique de cas. Il a précisé que sous la dénomination du syndrome post-commotionnel sont désignés des symptômes et troubles de l'état de santé qui n'ont le plus souvent pas de substrat organique objectivable (céphalées, fatigue etc) ou qui sont non spécifiques à la lésion traumatique (troubles de la concentration et du sommeil, etc). Chez une petite partie des personnes qui ont subi un choc à la tête et une légère lésion cérébrale traumatique, les symptômes du syndrome post-commotionnel augmentent, après une diminution initiale, ou perdurent avec un taux handicapant élevé, comme cela s'est produit chez l'assurée. Ce syndrome ne trouve souvent

aucune explication somatique et ne peut non plus être expliqué par l'accident. Un lien de causalité des troubles constatés, à l'exception du vertige, avec l'accident est dès lors seulement possible.

26. A la demande de l'intimée, le Dr Y \_\_\_\_\_, neurologue, a examiné la recourante et a posé, dans son rapport du 12 février 2004, les diagnostics de :

- Céphalées post-traumatiques prenant parfois un caractère migraineux,
- Cervicobrachialgie droite irritative non déficitaire post-traumatique,
- Séquelles d'un déficit vestibulaire brusque avec cupulolithiase gauche,
- Syndrome lombaire intermittent avec sciatalgie S1 droite non déficitaire,

ces troubles étant imputables à l'accident du 26 juillet 1996 et occasionnant une incapacité de travail de 100%.

27. Le 16 février 2004, le Dr V \_\_\_\_\_ a confirmé ses diagnostics précédents en précisant que l'invalidité relevait à cette date davantage du syndrome algique persistant que d'une thymie dépressive marquée.

28. Dans un rapport d'examen otoneurologique du 15 mars 2004, le Dr T \_\_\_\_\_ a indiqué qu'actuellement les céphalées restaient la plainte dominante de la patiente et que le bilan mettait en évidence des séquelles d'une atteinte vestibulaire périphérique gauche. Celle-ci ne devrait pas être gênante dans la majorité des situations à l'exception de cas tels des stimulations intenses du champ de vision périphérique ou d'obscurité, des états de fatigue ou de stress.

29. Selon l'appréciation médicale du 4 juin 2004 du Dr U. R \_\_\_\_\_, division médicale du travail de la SUVA, l'assurée souffre d'un léger trouble du système fonctionnel de l'équilibre, ce qui correspondait à une atteinte à l'intégrité de 7,5%. Compte tenu de ce trouble, l'exercice d'une activité professionnelle sans risque d'accident et sans risque de provoquer des vertiges, telle la profession exercée antérieurement, était raisonnablement exigible à raison de 80%.

30. Le 2 juillet 2004, le Dr W \_\_\_\_\_ a informé la SUVA de la péjoration de la situation clinique ainsi que de l'état anxio-dépressif et préconisé un séjour de réhabilitation.

31. De même, le 5 juillet 2004, le Dr V \_\_\_\_\_ a établi un certificat selon lequel, en raison d'une aggravation de l'état dépressif, il recommandait vivement un séjour de 3 à 4 semaines à la clinique de Montana.

32. En date du 8 juillet 2004, la SUVA a informé l'assurée que, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable des

---

suites de l'accident, elle mettait fin au paiement des soins médicaux. L'indemnité journalière allait être versée jusqu'au 31 août 2004 sur la base d'une incapacité de travail de 100% et la question du versement d'une rente d'invalidité allait être examinée. Par ailleurs, la SUVA a indiqué qu'une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 7'290 fr. serait versée à l'assurée.

Le montant de cette indemnité n'a pas été contesté.

33. Selon les renseignements donnés par l'employeur le 13 septembre 2004, le gain annuel de l'assurée du 1<sup>er</sup> septembre 2003 au 3 août 2004 (y compris les allocations familiales) se serait élevé à 72'190 fr. (voir pièce 143).
34. Par décision du 30 septembre 2004, la SUVA a admis une diminution de la capacité de travail de 20% au motif que seules les séquelles de l'atteinte vestibulaire (troubles ORL) engageaient sa responsabilité. Elle a qualifié les autres troubles de psychogènes et a considéré que ceux-ci n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident. La SUVA a ainsi octroyé à l'assurée une rente mensuelle de 963 fr. dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004 sur la base d'un gain annuel assuré de 72'190 fr.
35. Par courrier du 29 octobre 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision en tant que celle-ci avait évalué la diminution de la capacité de gain à 20% seulement. A l'appui de son opposition, elle a fait valoir que l'ensemble des séquelles subies entraînait une invalidité d'un taux de 100% et que la SUVA s'était arbitrairement écartée des avis médicaux figurant au dossier.

Elle a également contesté le mode de calcul de la rente et conclu à l'annulation de la décision querellée.

36. Le 23 novembre 2004, la SUVA a rendu une décision sur opposition dans laquelle elle a admis partiellement l'opposition. Ainsi, elle a porté le taux de rente à 38% au lieu de 20% en se fondant cette fois sur la méthode de comparaison des revenus et en prenant en compte les statistiques des salaires bruts standardisés, d'où une rente mensuelle de 1'829 fr. Pour le surplus, elle a maintenu sa position quant au défaut d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident.
37. Le 21 février 2005, l'assurée a interjeté recours contre ladite décision, alléguant que la cause première de son invalidité était l'état de sa santé physique et non les troubles psychiques en découlant, de sorte que la décision querellée était arbitraire. Elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2004.

La méthode de calcul du taux d'invalidité appliquée par la SUVA n'a cette fois pas été critiquée.

38. Dans son mémoire réponse du 22 avril 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition du 23 novembre 2004 par laquelle elle avait admis partiellement l'opposition formée contre la décision du 30 septembre 2004 et avait porté le taux de la rente à 38% en lieu et place de 20%.
39. Invitée à se déterminer, la recourante, par courrier du 5 mai 2005, a renoncé à se prononcer.

### **EN DROIT**

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1<sup>er</sup> août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1<sup>er</sup> LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 27 juillet 1997, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1).
4. Selon l'art. 56 al. 1<sup>er</sup> LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1<sup>er</sup> LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1<sup>er</sup> LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois

mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

5. Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.
6. Le litige porte sur le point de savoir quels troubles sont en relation de causalité avec l'accident du 27 juillet 1996 et sur le taux de la rente d'invalidité qui en découle pour la recourante.
7. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).
8. En l'occurrence, l'assurance-invalidité a reconnu que la recourante était invalide à 100%. Certes, la notion d'invalidité est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité, ce qui doit conduire à fixer pour une même atteinte à la santé un même taux d'invalidité (ATF 126 V 293). Toutefois, l'assurance-accidents n'a à prendre en charge que les troubles en relation de causalité adéquate avec l'accident assuré. L'évaluation du degré d'invalidité par l'OCAI ne lie par conséquent pas l'assureur-accidents lorsque celui-ci ne prend pas en considération les mêmes atteintes à la santé que l'assurance-invalidité, comme cela est le cas en l'espèce.
9. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence de la 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. 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, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit être en principe admise en présence d'un tableau clinique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.) (ATF 119 V 338 consid. 1; 117 V 360 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bâle-Genève-Munich 1998, n° 41).

c) S'agissant des hernies discales, dans le domaine de la LAA, la littérature médicale démontre que pratiquement toutes les hernies discales sont dues à des lésions dégénératives des disques intervertébraux; elles ne sont déclenchées qu'exceptionnellement, et sous certaines circonstances seulement, par un accident (ATFA Z. du 26 juillet 2000).

On peut considérer dans une large mesure qu'une hernie discale découle d'un accident, lorsque celui-ci est particulièrement grave, propre à entraîner une lésion des disques et lorsque les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) surviennent immédiatement et entraînent immédiatement une incapacité de travail (ATFA S. du 26 août 1996, non publié, U/159/1995 avec les références).

Il y a lieu d'ajouter que 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 (RAMA 2000 n° U 363 p. 46, consid. 3a et la référence citée).

10. A la suite de son accident, la recourante s'est plainte de céphalées parfois violentes avec troubles de la vue, de nausées, de vertiges, de troubles de l'équilibre, de fatigue, d'un manque de concentration, de cervicalgies, de brachialgies et de paresthésies dans la moitié droite du visage. Le diagnostic de traumatisme cranio-cérébral et de syndrome cervical post-traumatique a été posé par les Drs M \_\_\_\_\_, L \_\_\_\_\_ et N \_\_\_\_\_. Selon le Dr U \_\_\_\_\_, elle a subi selon toute vraisemblance, une légère lésion cérébrale traumatique. Par ailleurs ont été mis en évidence deux hernies discales au niveau des vertèbres cervicales.

Par la suite un état dépressif s'est greffé sur ces symptômes et, selon le rapport de sortie de la Clinique Bellikon du 2 octobre 1997, la recourante souffre d'un trouble de l'adaptation post-traumatique. Elle présente en outre une modification émotionnelle sous forme d'une labilité affective marquée, au point que la Clinique Bellikon n'avait pas pu effectuer les tests neuropsychologiques, alors qu'elle était auparavant performante.

Aucune lésion traumatique n'a cependant été objectivée, si ce n'est qu'une atteinte de la fonction vestibulaire, pour laquelle l'intimée a reconnu un lien de causalité avec l'accident. Une pathologie neurologique n'a pas non plus été mise en évidence. Dans un premier temps, l'ensemble des médecins consultés a admis que la cause des troubles constatés devait être attribuée à l'accident du 27 juillet 1997. Il n'est par ailleurs pas contesté par les médecins que la recourante souffre d'un syndrome post-commotionnel persistant. Le centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG a fait état, dans son rapport du 13 mars 1998 de céphalées post-traumatiques. Selon Dr Y\_\_\_\_\_, neurologue, qui a procédé à un examen de la recourante à la demande de l'intimée, tous les troubles ou au moins une partie de ceux-ci sont imputables au degré de la vraisemblance prépondérante à l'accident en cause et les troubles post-traumatiques ont provoqué une incapacité de travail totale.

Au vu de ce qui précède, il ne fait pas de doute que les plaintes caractéristiques du tableau clinique typique d'une lésion du type « coup de lapin » ou d'un traumatisme cranio-cérébral sont à attribuer à une atteinte à la santé. Conformément à la jurisprudence précitée, il convient dès lors d'admettre une relation de causalité naturelle entre cette atteinte et l'accident en cause, même si la preuve d'un déficit fonctionnel organique fait défaut. Certes, cela n'est pas l'avis du Dr U\_\_\_\_\_ qui a procédé à deux reprises à une appréciation neurologique du cas de la recourante. Ses rapports ne sont cependant pas convaincants, dans la mesure où ce médecin ne motive pas son affirmation, selon laquelle l'accident serait seulement une cause possible, mais non pas vraisemblable du syndrome post-commotionnel, alors qu'un tel syndrome survient, selon ce médecin, chez des personnes qui ont subi un choc à la tête et une légère lésion cérébrale traumatique, même si sa persistance peut être variable. Il n'est par ailleurs pas exceptionnel que ce syndrome perdure, même si cela ne concerne qu'une petite partie des personnes qui ont subi un traumatisme cranio-cérébral. Selon le Dr U\_\_\_\_\_, la cause du syndrome post-commotionnel de la recourante est multifactorielle. Il n'explique toutefois pas quels sont les facteurs qui peuvent avoir provoqué ce syndrome dans le cas d'espèce, en dehors d'un traumatisme cranio-cérébral et de lésion du rachis cervical, et pourquoi il estime que d'autres facteurs sont responsables. Il convient de relever à cet égard que, selon la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), un des critères du syndrome post-commotionnel est la survenance des symptômes dans les quatre semaines suivant un traumatisme crânien avec perte de connaissance, étant précisé que les

---

examens médicaux peuvent néanmoins être normaux (p. 42), comme dans le cas d'espèce. Selon la jurisprudence, il n'est toutefois pas pertinent qu'une perte de connaissance se soit produite, dès lors qu'il est médicalement reconnu que de légers traumatismes cranio-cérébraux peuvent également provoquer des lésions au cerveau (ATF 117 V 378 consid. 3d). La recourante présente par ailleurs au moins trois des critères nécessaires pour diagnostiquer un tel syndrome selon la CIM-10, à savoir : des plaintes concernant des sensations désagréables et des douleurs comme par exemple des céphalées, des sensations vertigineuses, un sentiment de malaise général, une fatigue excessive et une intolérance au bruit ; des modifications émotionnelles, par exemple une irritabilité, une labilité émotionnelle, ou un certain degré de dépression et/ou d'anxiété ; des plaintes subjectives concernant une difficulté à se concentrer ou à accomplir des tâches mentales ou une altération de la mémoire, sans argument net en faveur d'une perturbation objective (p. 42 s.).

En ce qui concerne les hernies discales, leur lien de causalité avec l'accident ne peut cependant pas être établi avec un degré de vraisemblance prépondérante. Car, d'une part, la recourante souffrait déjà avant l'accident en cause de maux de nuque, sans qu'il soit démontré que ceux-ci se trouvent dans une relation de cause à effet avec l'accident survenu en 1989. D'autre part, l'accident ne peut pas être qualifié de particulièrement grave au point de provoquer une hernie discale. Seule une aggravation passagère pourrait être admise. Enfin, comme relevé ci-dessus, aucune lésion traumatique de la colonne cervicale n'a pu être mise en évidence. Ainsi, dans la mesure où les cervicalgies et brachialgies sont la conséquence de ces hernies (cf. rapport du 12.2.2004 du Dr Y \_\_\_\_\_, p. 1), un lien de causalité naturelle doit être niée pour celles-ci

11. Reste à examiner si le lien de causalité entre les troubles liés au traumatisme cranio-cérébral, ainsi que du rachis cervical et l'accident du 27 juillet 1996 est adéquat.

- a) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est 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, 115 V 405 consid. 4a).

En matière de traumatisme de type « coup de lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral, il n'est point nécessaire d'établir si, sous l'angle médical, les atteintes mentionnées ont une origine somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; FRESARD, op. cit. n° 41). En présence d'un tel traumatisme, il faut examiner, si l'accident est de gravité moyenne, le caractère adéquat du lien de causalité non seulement en se fondant sur la gravité objective de l'accident, mais en procédant à une appréciation globale d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe ou apparaissant comme la conséquence directe ou

indirecte de l'accident (ATF 117 V 366 consid. 6a). Les critères les plus importants 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, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. 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 117 V 384 consid. 4c).

L'existence d'un lien de causalité adéquate doit être examinée à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique consécutifs à un accident, lorsque des lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des séquelles d'un accident de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique (ATF 123 V 99 consid. 2). Ces critères se recourent avec les critères précités (ATF 115 V 138 ss consid. 6 et 407 ss consid. 5)

b) En l'occurrence, l'accident du 27 juillet 1996 doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite inférieure proche des accidents de peu de gravité. Il convient dès lors de prendre en considération des critères jurisprudentiels susmentionnés pour examiner la causalité adéquate.

Les circonstances de l'accident n'étaient assurément pas dramatiques ni particulièrement impressionnantes. Il n'apparaît par ailleurs pas que la recourante ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

En revanche, la recourante présente le tableau de multiples plaintes qui est typique des lésions au rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral. Il est à relever ici qu'elle a subi un double traumatisme, à savoir des lésions au rachis cervical et un traumatisme cranio-cérébral. Outre les céphalées, vertiges, fatigabilité, difficultés de la concentration et de la mémoire, ainsi que de cervicobracchialgies, elle souffre d'une modification émotionnelle marquée non seulement sous forme d'une dépression et d'une anxiété, mais également d'une labilité affective importante

anéantissant quasiment sa résistance au stress, au point qu'il a été impossible de la soumettre à la Clinique Bellikon aux tests neuropsychologiques, alors même qu'auparavant elle est qualifiée de performante et qu'elle ne souffrait d'aucun trouble psychique. Elle a par ailleurs indiqué, dans le cadre du consilium psychosomatique de la Clinique Bellikon, qu'elle avait l'impression que sa personnalité s'était modifiée depuis l'accident (cf. rapport du 1<sup>er</sup> septembre 1997, pièce 34 intimée, p. 2). Toutefois, le Dr V \_\_\_\_\_ fait état d'un trouble de la personnalité préexistant à l'accident en cause. Ce trouble est par ailleurs qualifié d'important. Il a encore précisé que la psychothérapie était compliquée en raison de la structure de la personnalité de sa patiente. A la Clinique Bellikon a en outre été diagnostiqué un trouble d'adaptation post-traumatique qui renforçait les troubles psychosomatiques, notamment les céphalées. Le médecin d'arrondissement de l'intimée a également constaté, dans son rapport 23 décembre 1997, une exagération inconsciente certaine des symptômes. Quant au Dr U \_\_\_\_\_, il a relevé que la persistance d'un syndrome post-commotionnel ne se produisait dans le cours normal des choses que chez une petite partie de personnes ayant subi une lésion cervicale ou un traumatisme crânio-cervical.

Compte tenu des troubles psychiques associés et le fait qu'une partie des troubles est à attribuer aux hernies discales sans lien de causalité naturelle établi, le Tribunal de céans estime qu'en l'espèce les lésions spécifiques du « coup de lapin » et du traumatisme crânio-cérébral sont secondaires par rapport aux premiers troubles cités. Par conséquent, le critère de la nature particulière de la lésion ne sera pas admis.

Concernant les autres critères, il convient de constater que la recourante souffre depuis aujourd'hui huit ans notamment de céphalées prenant parfois un caractère migraineux, de cervicobracchialgies et de vertiges dus aux séquelles d'un déficit vestibulaire (cf. rapport du Dr Y \_\_\_\_\_ du 12.2.2004). Cependant, l'importance de ces douleurs est également due à des affections sans rapport de causalité naturelle (hernies discales) et doit être relativisée, dès lors qu'elles sont manifestement entretenues et majorées par une problématique psychique, alors même qu'elles sont censées diminuer avec le temps (Arrêt non publié du Tribunal fédéral des assurances du 22 juin 2005, cause U 190/04, p. 5 consid. 5.2). Quant à l'atteinte vestibulaire, elle n'est en principe pas gênante dans la majorité de situations, selon le rapport du 15 mars 2004 du Dr T \_\_\_\_\_.

La recourante a certes dû se soumettre à des nombreux investigations et traitements médicaux, sous forme de physiothérapie, psychothérapie et médication antalgique et antidépresseur, depuis son accident. En février 2004, le traitement médicamenteux était maintenu et elle continuait à suivre des séances de physiothérapie trois fois par semaine, en partie en piscine. Toutefois, il convient ici aussi de tenir compte de ce que des problèmes psychiques et des atteintes sans rapport avec l'accident ont compliqué, voire compromis le processus de guérison.

Concernant le degré et la durée de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, la recourante a pu reprendre son travail à 50% le 21 octobre 1996 presque trois mois après l'accident, néanmoins avec beaucoup de difficultés, et elle est en incapacité de travail totale depuis novembre 1997. Elle subit donc sans aucun doute une incapacité de travail durable, mais il y a lieu d'admettre que celle-ci est largement consécutive à des troubles non spécifiques des lésions subies.

En procédant à une appréciation de toutes les circonstances et en considérant en particulier qu'il s'agissait d'un accident à la limite inférieure d'un accident de moyenne gravité, le Tribunal de céans arrive à la conclusion qu'il existe en l'espèce seulement un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte vestibulaire et non pas entre cet événement et les autres atteintes à la santé au-delà du 1<sup>er</sup> septembre 2004, tel que l'a admis l'intimée.

12. La méthode d'évaluation de l'invalidité et le calcul de la rente, compte tenu uniquement de l'atteinte vestibulaire, tels qu'ils ressortent de la décision sur opposition du 23 novembre 2004, n'ont pas été contestés. Il n'y a par conséquent pas lieu d'y revenir.
13. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

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

**Statuant**

**(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)**

**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 par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois

exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

La Présidente :

Nancy BISIN

Maya CRAMER

La secrétaire-juriste :        Alexandra PAOLIELLO

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