

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4008/2008

ATAS/1667/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre

du 21 décembre 2009

En la cause

Madame N_____, domiciliée à Versoix, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître STOLLER
FÜLLEMANN Monique

recourante

contre

AXA WINTERTHUR, domiciliée Protection Financière, chemin
de Primerose 11, 1002 LAUSANNE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Teresa SOARES et Luis ARIAS, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. N_____, née en 1969, travaillait depuis 2000 en qualité de laborantine médicale pour le compte de l'entreprise Laboratoire X_____. A ce titre, elle était assurée pour les risques accidents professionnels et non professionnels et maladies professionnelles par WINTERTHUR ASSURANCES, devenue depuis lors AXA WINTERTHUR (ci-après : AXA, l'assurance, l'intimée).
2. Le 9 février 2004, alors qu'elle marchait rapidement pour prendre son bus, elle a trébuché et subi une torsion de la cheville droite en inversion. Elle s'est immédiatement rendue à la consultation des urgences de l'Hôpital de la Tour où une tuméfaction en œuf de pigeon en regard de la malléole externe et une limitation fonctionnelle ont été constatées par le docteur A_____. Ce médecin a posé le diagnostic d'entorse de la cheville droite et a mis en place un traitement consistant en une médication, le port d'un aircast, la mise en décharge du membre accidenté (béquilles) et un arrêt de travail complet prévu jusqu'au 23 février 2004.
3. AXA a pris en charge le cas.
4. Dans un rapport du 17 novembre 2004, le docteur B_____, spécialiste en radiologie, a conclu à une suspicion de subluxation entre l'astragale et le calcanéum avec une rotation antéro-externe de l'astragale, une ouverture latérale du sinus du tarse, avec probable distension du ligament de « Haie », responsable d'une mauvaise congruence sous-astragaliennne antérieure et postérieure. L'hypothèse avancée devait toutefois être vérifiée par des clichés en charge.
5. Le docteur C_____, privat docent spécialiste en radiologie, a procédé à un examen comparatif des chevilles par la technique du scanner. Dans son rapport y relatif du 23 décembre 2004, il fait état d'une subluxation discrète des articulations sous-astragaliennne et calcanéocuboïdienne, expliquant la déformation en varus du pied droit en partie du moins. Une seconde anomalie consiste en une atrophie du muscle abducteur du gros orteil du pied droit.
6. L'assurée a également consulté le docteur D_____, spécialiste en neurologie, en raison d'une tendance à l'inversion du pied droit persistante qui s'est installée dans les suites d'une entorse banale de la cheville droite. Eu égard à la présence d'activités volontaires incessantes au niveau du jambier postérieur droit, le médecin suspecte la présence d'une dystonie segmentaire intéressant la jambe droite. Les investigations devaient toutefois être complétées pour se déterminer sur le diagnostic à retenir (avis du 11 mars 2005).
7. Dans un rapport du 16 septembre 2005, le docteur E_____, médecin interniste aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), a posé le diagnostic de dystonie du membre inférieur droit apparue dans les suites d'une entorse de la

cheville droite accidentelle en février 2004. L'évolution était marquée par l'aggravation de la dystonie du pied droit avec des mouvements involontaires des orteils, ainsi que des douleurs importantes handicapant la marche. La dystonie déclenchée par l'accident pouvait peut-être être liée à des séquelles de méningo-encéphalite à l'âge de deux ans.

8. Dans un document du 6 janvier 2006 intitulé « droit d'être entendu », l'assurance a informé son assurée de ce qu'elle entendait, sur la base de l'avis de son service médical (avis du docteur F_____, médecin-conseil spécialiste en chirurgie orthopédique, du 23 novembre 2005), mettre un terme à ses prestations au 31 août 2004, au motif que le statu quo sine aurait été atteint à cette date. La dystonie - et la symptomatique qui y était liée - était considérée comme une maladie étrangère à l'accident. Pour tenir compte toutefois des versements déjà effectués, la fin du droit aux prestations a été repoussée au 31 décembre 2004.
9. Agissant par son mandataire, l'assurée a contesté le projet de décision, estimant que le statu quo sine n'était pas atteint. A l'appui de sa thèse, elle a produit trois certificats médicaux. Le premier (du 15 février 2006) émane du docteur G_____, médecin interniste auprès de l'Hôpital de la Tour. Le praticien y expose que sa patiente a présenté une entorse de la cheville droite compliquée par l'apparition d'une instabilité chronique ayant motivé de nombreux bilans et examens cliniques ; dès lors qu'elle ne présentait pas de pathologie de la cheville avant le traumatisme, ce dernier semblait être la seule et unique raison des problèmes d'instabilité. Le docteur H_____, médecin adjoint du service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur des HUG, a quant à lui attesté en date du 21 mars 2006 un problème orthopédique sous la forme d'un pied varus devenu douloureux à la suite d'un accident en février 2004. Enfin, le docteur I_____, spécialiste en médecine du sport et rééducation, a rapporté que la patiente avait commencé à avoir de la peine à poser son pied à plat lors de la remise en charge après l'entorse de février 2004. Cette situation est allée en s'aggravant et les investigations avaient permis de poser le diagnostic de dystonie du membre inférieur droit, faisant suite à l'entorse de cheville droite. La gêne pour toute activité en charge persistant malgré la mise en place de divers traitements médicamenteux, elle ne pouvait reprendre le travail à plein temps (certificat du 24 mars 2006).
10. Le 5 avril 2006, le docteur J_____, médecin interne auprès de la clinique et polyclinique de neurologie des HUG, a relaté que l'assurée avait subi une entorse de la cheville droite lui ayant provoqué l'apparition progressive d'une position dystonique en varus du pied droit, particulièrement importante depuis juillet 2004. Depuis une hospitalisation en juillet 2005, les investigations réalisées avaient permis de confirmer que ladite dystonie était d'origine post-traumatique.

11. Figure également au dossier un rapport des docteurs K_____ et L_____ du service de neurologie des HUG. Ce document fait état d'une hospitalisation de l'assurée du 29 juin au 1^{er} juillet 2005, puis du 4 juillet au 8 juillet 2005 pour investigations. Le diagnostic posé est une dystonie du membre inférieur droit, avec pour comorbidité un status post-méningo-encéphalite d'origine indéterminée avec troubles oculomoteurs et déficit moteur du membre inférieur droit à l'âge de deux ans, un status post-traumatique du genou droit à l'âge de 9 ans et un status post opération de myopie en 1992. Les médecins relatent que, suite à la méningo-encéphalite, leur patiente a dû réapprendre à marcher, avec récupération d'une démarche tout à fait normale selon l'intéressée. Celle-ci mentionnait également une impression de dysmorphisme du pied droit. Dans leur discussion du cas, les deux neurologues considèrent que les mouvements involontaires du membre inférieur droit (soit la dystonie) sont vraisemblablement en relation avec la méningo-encéphalite présentée dans l'enfance.

12. L'assureur a confié une expertise au docteur M_____, spécialiste en orthopédie, après avoir donné la possibilité à son assurée de faire valoir ses remarques et de poser des questions complémentaires, faculté dont elle n'a pas fait usage. Dans son rapport du 14 juin 2006, le médecin a conclu à un status après entorse bénigne du ligament latéral externe de la cheville droite, à un status après méningo-encéphalite d'origine indéterminée avec des troubles oculomoteurs et déficit du membre inférieur droit survenue à l'âge de 2 ans et à une dystonie du membre inférieur droit. Il a considéré que l'état actuel de l'intéressé n'était pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 9 février 2004. Une entorse guérit en effet habituellement en 6 à 8 semaines et l'expertisée ne présente pas d'instabilité ou de douleurs de la cheville persistantes. Les constatations mises en évidence lors de l'examen sont en relation avec une affection neurologique indépendante de l'accident, à savoir la dystonie, et probablement en relation avec la méningo-encéphalite dont l'intéressée a souffert à l'âge de deux ans. Le statu quo sine a été retrouvé le 9 avril 2004, soit 8 semaines après l'entorse de la cheville. Quant à la capacité de travail, l'activité a été retrouvée en plein le 24 février. Les incapacités subséquentes, en 2005, sont en relation avec la maladie neurologique. Aucun traitement n'est plus nécessité par les suites de l'accident et aucune atteinte à l'intégrité n'est à déplorer.

13. Par courrier du 25 septembre 2006, l'assurée s'est opposée aux conclusions de l'expertise, faisant valoir l'avis du docteur O_____, médecin adjoint agrégé de la Clinique et polyclinique de neurologie des HUG. Dans un rapport du 18 septembre 2006, ce médecin insiste sur le fait qu'en dépit des anomalies neurologiques qui ont été mises en évidence par la suite, la patiente n'avait aucune difficulté de marche ni aucun trouble de la motricité du membre inférieur droit avant l'accident. Dans ce contexte, l'entorse ne pouvait être attribuée aux problèmes neurologiques sous-jacents et devait être considérée comme accidentelle. Le développement de la dystonie du pied droit est survenu progressivement dans les

mois ayant suivi l'accident. Sur la base de l'évolution temporelle, le docteur O_____ estime qu'il y a lieu d'évoquer la possibilité d'une dystonie focale post-traumatique, complication rare mais bien connue de tout traumatisme appendiculaire. Une telle pathologie peut donc, dans le cas de l'assurée, être considérée comme une complication directe du traumatisme avec lequel il existe un lien de causalité naturelle. Du point de vue du docteur O_____, affirmer que l'accident du 9 février 2004 n'a pas laissé de séquelle est erroné, même si sur le plan strictement orthopédique, il n'y a pas de complication ostéo-ligamentaire résiduelle. Il faut cependant intégrer le fait que l'entorse était survenue sur un terrain neurologique fragilisé, puisque les investigations menées avaient révélé un déficit dopaminergique nigrostrié gauche résultant vraisemblablement d'une méningo-encéphalite développée dans l'enfance. Cette anomalie est vraisemblablement à la base de la dystonie focale présentée dans les suites de l'accident. En conclusion, il recommande la mise en œuvre d'une nouvelle expertise à confier à un neurologue. L'assurée a fait sienne cette conclusion.

14. Invité à se prononcer sur cette opinion, l'expert M_____ a maintenu ses conclusions, mettant en exergue le fait que le docteur O_____ reconnaît le terrain neurologique fragilisé - donc l'influence de facteurs indépendants de l'accident - et ne parle que de la possibilité d'une dystonie post-traumatique. En ces circonstances, le lien de causalité entre l'événement accidentel et l'affection du membre inférieur droit n'est que possible ; il ne peut être affirmé que la dystonie ne serait pas apparue sans le traumatisme et la seule coïncidence chronologique ne suffit pas à établir l'existence d'un rapport de causalité (courrier du 3 octobre 2006).
15. L'assurance a formellement décidé de supprimer les prestations à compter du 1^{er} janvier 2005 par décision du 30 octobre 2006. En résumé, elle a considéré que le rapport du docteur M_____ et son complément devaient se voir accorder pleine valeur probante et qu'en conséquence, la dystonie du membre inférieur droit ne pouvait être prise en considération comme suite de l'accident du 9 février 2004.
16. L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision par pli du 23 novembre 2006. A sa demande, la procédure a été suspendue dans l'attente de la délivrance d'un rapport d'expertise privée.
17. Cette dernière a été confiée au docteur P_____, spécialiste en neurologie, qui a rendu son rapport le 15 janvier 2007. Il a diagnostiqué une dystonie du membre inférieur droit provoquée par une entorse de la cheville droite (accident du 9 février 2004), favorisée par des antécédents de méningo-encéphalite à l'âge de deux ans. La patiente, qui a subi une entorse de la cheville, va progressivement développer une dystonie du membre inférieur droit, gênante à partir de l'été 2004 et s'intensifiant jusqu'à handicaper la marche. Les divers examens neurologiques pratiqués montrent par ailleurs un déficit dopaminergique nigrostrié gauche

résultant très vraisemblablement de la méningo-encéphalite que l'intéressée a eu dans son enfance et qui n'a pas laissé de séquelle. La dystonie présentée entre parfaitement, du point de vue du docteur P_____, dans les critères diagnostics de la dystonie post-traumatique périphérique. Il en résulte que la dystonie du membre inférieur droit est, avec une grande vraisemblance, provoquée par l'entorse de la cheville droite et favorisée par les antécédents de méningo-encéphalite, dont il n'est pas possible de déterminer l'importance du rôle. Le médecin mentionne à ce propos un terrain prédisposant. Se référant également à l'avis donné par le docteur O_____, il considère que le lien de causalité doit être reconnu avec un degré de vraisemblance prépondérante. Ni le statu quo ante ni le statu quo sine n'ont été atteints et ils ne le seront vraisemblablement pas. La situation n'est pas stabilisée, plusieurs options thérapeutiques demeurent possibles et on ne peut chiffrer pour le moment l'incapacité de travail, qui est toutefois de 50 % dans l'activité exercée habituellement. Il serait éventuellement possible d'exiger une capacité de travail complète dans une activité adaptée, en position assise, sans devoir se lever ni faire de déplacements fréquents. Un traitement est nécessaire, sans toutefois pouvoir dire s'il améliorera sensiblement l'état de santé. Par ailleurs, une atteinte durable à l'intégrité est très vraisemblable, bien que l'état de santé ne soit pas stabilisé.

18. Sur la base de ce document médical, l'assurée a requis la reprise du versement des prestations de l'assurance, ensuite de quoi l'assureur a demandé l'avis de son médecin-conseil, le docteur Q_____, spécialiste en chirurgie.
19. Dans son rapport du 7 février 2007, ledit médecin estime que l'expertise du docteur M_____, en tant qu'elle se positionne du point de vue orthopédique et traumatologique, est correcte et doit être suivie. Cela étant, ce médecin n'étant pas neurologue, il n'avait certainement pas la connaissance des cas très rares de dystonie post-traumatique après blessures des extrémités, raison pour laquelle il n'a pas examiné cette hypothèse avant de mettre ladite affection en relation avec la méningo-encéphalite dont l'assurée avait souffert à l'âge de deux ans et qui a laissé des séquelles cérébrales visibles à l'imagerie médicale. Quant à l'expertise du docteur P_____, elle fait état tout au long de l'analyse d'un possible lien de causalité entre l'accident et la dystonie, mais retient, dans ses conclusions, un degré de vraisemblance prépondérante. Dans son appréciation globale, le médecin-conseil considère qu'une entorse de la cheville sans rupture ligamentaire et en l'absence d'instabilité des articulations ne saurait être considérée comme une lésion de gravité moyenne, ce qui exclut que soit prise en considération une dystonie post-traumatique et fragilise les conclusions du docteur P_____. Il y aurait même lieu de se poser la question de savoir si l'on n'a pas plutôt affaire à un processus évolutif, qui serait démontré par les altérations constatées au niveau du cerveau médian (ensuite de la méningo-encéphalite). En fin de compte, il considère nettement plus vraisemblable que la dystonie soit à attribuer à une méningo-encéphalite survenue dans la prime enfance, qui a provoqué des séquelles

structurelles du cerveau médian clairement révélées, lesquelles peuvent entraîner un déficit dopaminergique (tel que constaté dans le cas de l'assurée), lui-même responsable de la dystonie. Le degré de vraisemblance d'une dystonie sans lien avec l'accident est d'autant plus élevé que les dystonies post-traumatiques se manifestent très rarement.

20. Invité à se prononcer sur les conclusions du docteur Q_____, le docteur P_____ a indiqué maintenir les siennes (pli du 30 mars 2007).
21. L'assurée a été licenciée avec effet au 30 avril 2007, mais libérée de l'obligation de travailler à compter du 10 avril, eu égard à l'observation professionnelle mise en place par les organes de l'assurance-invalidité.
22. D'entente entre les parties, une nouvelle expertise médicale a été mise en œuvre et confiée au professeur R_____, spécialiste en neurologie. Dans son rapport du 24 janvier 2008, ce médecin a relaté des différences de taille entre la main droite et la gauche, le pied droit et le gauche, notamment, signant une lésion ancienne dans l'enfance et correspondant à une héli-atrophie, ainsi qu'une posture légèrement dystonique de la main et une posture franchement dystonique en adduction et en équinisme du pied droit. En outre, un discret ralentissement de la motilité fine des doigts, plus net au niveau des orteils, des syncinésies controlatérales, ainsi qu'un syndrome d'overflow au niveau des membres droits inférieur et supérieur ont également été mis en évidence. Sur la base de ses constatations et du dossier, l'expert a posé le diagnostic de dystonie segmentaire du membre inférieur droit d'origine périphérique sur traumatisme de la cheville droite accidentel, chez une patiente présentant une héli-atrophie sur lésions séquellaires à une méningo-encéphalite dans l'enfance. Il estime que la dystonie n'est à ce stade de la symptomatologie pas reliée à la lésion sous-jacente due à la méningo-encéphalite. Il semble toutefois que l'héli-atrophie droite soit associée à ce qui pourrait peut-être évoluer sur un syndrome héli-parkinson héli-atrophie à long terme. L'expert se réfère ici à l'absence de dopamine au niveau du striatum, aux lésions visibles du mésencéphale, de la substance noire et du striatum gauche. La patiente n'a cependant aucun symptôme ou signe permettant de poser le diagnostic. En raison de ces lésions, le lien de causalité entre l'accident du 9 février 2004 et la dystonie doit être reconnu avec un degré de vraisemblance prépondérante (75 %). Il complète son argumentation en mentionnant l'absence de symptômes avant l'accident, en particulier pendant les règles, la grossesse, de même que sous contraceptif oral, alors que de tels états sont d'habitude connus pour faire apparaître des phénomènes dystoniques transitoires chez les patientes avec des lésions sous-jacentes. La littérature était au demeurant claire à ce sujet, comme l'avait déjà remarqué son confrère P_____. L'encéphalite et ses séquelles constituent des états préexistants jouant un rôle dans l'évolution du cas, à raison de 25 % (l'expert ajoute que la reconnaissance de cette responsabilité revient à poser un pré-diagnostic non encore documenté cliniquement de syndrome héli-parkinson héli-

atrophie). Le docteur R_____ considère que le statu quo ante n'entre pas en ligne de compte, une lésion surajoutée probablement définitive étant intervenue. Quant au statu quo sine, il expose qu'un parkinsonisme serait peut-être apparu d'ici une quinzaine ou vingtaine d'années mais sans certitude. Il fixe la capacité de travail à 50 % dans l'activité habituelle et à 25-50 % dans une activité adaptée. Les phénomènes d'adaptation et d'accoutumance vraisemblables dépendront du traitement au Botox et/ou de l'adaptation d'une orthèse et de la chaussure. Si un tel traitement se révèle efficace et que le travail de la patiente lui évite les déplacements, la capacité de travail pourrait peut-être être quasiment rétablie.

23. Le 18 février 2008, le docteur F_____, médecin-conseil de l'assurance spécialiste en chirurgie orthopédique, propose la mise en œuvre d'une nouvelle expertise auprès du docteur S_____.
24. Le 20 février 2008, le même médecin expose que le seul élément sur lequel se fonde l'expert R_____ pour affirmer que la relation de causalité avec le traumatisme est de niveau prépondérant est la simultanéité. L'expert déclarerait en effet « que la patiente était asymptomatique avant ses grossesses et pendant ses règles, ce qui est connu pour faire apparaître des phénomènes dystoniques transitoires, de même que sous contraceptif oral. (...) Il est connu que de cette maladie, un accident même mineur peut se suivre d'une façon retardée d'une dystonie segmentaire ou même parfois d'une héli-dystonie ». Le docteur F_____ rappelle ensuite que du point de vue de l'assurance-accidents, la simultanéité n'est pas un élément probant pour juger de la causalité naturelle entre un état de santé et un accident.
25. Le 5 mars 2008, l'assurance a, suite à la mise en évidence, par son médecin-conseil, des lacunes asséculogiques présentées par l'expertise du professeur R_____, proposé à l'assurée de mettre en œuvre une nouvelle expertise auprès du docteur S_____ ou du docteur T_____.
26. Dans un courrier subséquent (du 10 avril 2008), le professeur R_____ a déclaré que dans le cas de l'assurée, la problématique ne serait pas apparue sans l'accident ; il ne s'agit-là pas uniquement d'une coïncidence temporelle, mais l'accident est l'initiateur d'un processus subaigu dont il doit être qualifié de responsable. La coïncidence temporelle ne pouvant pas être distinguée de la cause de la symptomatologie, le professeur R_____ considère que multiplier les expertises auprès d'autres neurologues ne permettra pas de modifier une appréciation relevant du domaine médical et non de la logique pure. Si une décision doit être prise selon la logique asséculogique (eu égard aux remarques de l'assureur) et non selon la logique médicale, le cas doit être alors proposé à un professeur d'asséculogie.

27. Le 8 septembre 2008, l'assurée a fait savoir qu'elle n'entendait pas se soumettre à la nouvelle expertise proposée, dans la mesure où le dossier était complet et qu'un nouvel avis n'apporterait rien. Elle a par conséquent requis la notification d'une décision sur opposition, tout en précisant qu'elle venait d'être mise au bénéfice d'un reclassement dans la profession d'hygiéniste dentaire par l'assurance-invalidité, en vue de recouvrer une capacité de travail complète.
28. Le 7 octobre 2008, AXA a rejeté l'opposition de son assurée. En substance, elle a considéré que l'expertise du docteur M_____ devait se voir reconnaître une pleine valeur probante et que les autres expertises n'étaient pas de nature à mettre en doute ses conclusions. En effet, le docteur P_____ se basait sur le principe « *post hoc ergo propter hoc* », qui n'était pas admissible en assurance-accidents. Il en allait de même du professeur R_____, dont le rapport comportait par ailleurs de graves carences asséculogiques. Enfin, l'appréciation du docteur M_____ était corroborée par les avis des docteurs F_____ et Q_____. Dans ces circonstances, un lien de causalité naturelle entre l'accident assuré du 9 février 2004 et la dystonie segmentaire dont était atteinte l'intéressée devait être nié et la suppression des prestations à compter du 1^{er} janvier 2005 confirmée.
29. N_____ interjette recours contre cette décision, par acte du 7 novembre 2008. Elle conclut, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 7 octobre 2008 et au maintien des prestations au-delà de la date du 31 décembre 2004. Elle fait valoir que les avis des docteurs P_____ et R_____ priment celui du docteur M_____. En particulier, elle met en évidence le fait que les premiers sont des neurologues, donc des spécialistes de l'atteinte à la santé dont elle est victime, contrairement au docteur M_____, qui est orthopédiste.
30. Dans sa réponse du 19 janvier 2009, l'intimée se pose d'emblée plusieurs questions, à savoir notamment : pourquoi la recourante a déclaré en mars 2004 n'avoir jamais eu de problème avant son entorse de février 2004 ? ; avoir persisté, en février 2006, en affirmant n'avoir jamais eu de problème de santé auparavant, à l'exception d'une opération de la myopie et d'un banal refroidissement ? ; pourquoi elle n'avait pas transmis copie du rapport médical du 28 août 2005 des docteurs K_____ et L_____ des HUG ? ; alors que l'intéressée se plaint depuis son entorse de trébucher parfois, n'était-ce pas justement le fait de trébucher qui lui avait occasionné l'entorse du 9 février 2004 ? . Afin de pouvoir répondre à ces questions, l'intimée requiert la production du dossier constitué par l'assurance-invalidité et les assureurs maladie de la recourante. Dans la mesure où le cas initial s'était soldé par une incapacité de travail de l'ordre de deux semaines et que les docteurs A_____ et U_____ ont confirmé l'absence d'incapacité de travail résiduelle et le terme du traitement en février 2004, respectivement mars 2004, il y avait lieu de trancher la question de la causalité naturelle dans le présent litige à l'aune des dispositions relatives aux séquelles tardives. De l'avis de la recourante,

l'entorse incriminée ne présentait pas les critères de sévérité nécessaires pour envisager l'hypothèse d'une dystonie post-traumatique. Elle relate encore que le docteur R_____ ne s'est pas prononcé sur la causalité entre l'entorse et la dystonie, plus modérée, du membre supérieur droit, ni sur la possible origine psychique de la dystonie, alors que l'intéressée a consulté à cinq reprises le docteur V_____, spécialiste en médecine psychosomatique et psychosociale. Vu les nombreuses zones d'ombre subsistant dans le dossier et les avis par ailleurs clairs des médecins, les deux experts neurologues mis à part, il convient, de l'avis de l'intimée, de confirmer la décision attaquée et de rejeter le recours.

31. Copie de cette écriture a été transmise à la recourante, sur quoi le dossier a été gardé à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont 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. Interjeté dans les forme et délai légaux, le recours est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
3. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 décembre 2004, cas échéant sous quelle forme. Singulièrement, il s'agit de déterminer si les troubles présentés après cette date (soit la dystonie du membre inférieur droit) sont en lien de causalité avec l'événement assuré du 9 février 2004 (entorse de la cheville droite).
4. a) Selon l'art. 6 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) De façon générale, le droit au versement des prestations de l'assurance-accidents suppose, cumulativement, l'existence d'un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 103 consid. 3d, 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références) entre l'atteinte à la santé et l'événement assuré.

c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc

également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid.1c).

d) L'exigence 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

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

e) 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 est 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 du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

5. a) Dans le cas d'espèce, la recourante a été soumise à trois expertises médicales. La première, confiée au docteur M_____, conclut à l'absence de lien de causalité entre l'entorse du 9 février 2004 et la dystonie du membre inférieur droit. Ce médecin expose que l'événement accidentel est de peu de gravité et qu'il n'a laissé aucune séquelle sur le plan ostéoarticulaire. Les troubles présentés par l'intéressée étaient à mettre en relation avec une méningo-encéphalite survenue dans la prime enfance. Le rapport du docteur M_____, rendu suite à un mandat délivré par l'assureur en conformité avec la procédure et non de façon unilatérale comme le retient à tort l'assurée qui a eu la possibilité de s'opposer à la désignation du médecin et de faire parvenir toute question complémentaire, remplit l'ensemble des critères jurisprudentiels rappelés ci-avant pour lui reconnaître pleine valeur probante. En particulier, il a été rédigé après que son auteur a pris connaissance du dossier complet de la cause et a examiné l'intéressée. Les plaintes et explications de cette dernière sont prises en considération et les conclusions sont motivées, certes de façon succincte, mais suffisante. Le fait que l'expert ne soit pas neurologue est de peu d'importance, étant donné sa spécialisation en traumatologie. Cette dernière est gage d'une connaissance suffisante des pathologies – y compris neurologiques – pouvant se manifester après un événement traumatique, tel qu'une entorse.

b) Les rapports des docteurs F_____ et Q_____ corroborent l'avis exprimé par l'expert M_____ et il y a lieu de relever que les docteurs K_____ et L_____ des HUG, de même que le docteur D_____ viennent confirmer son appréciation relative à l'origine de la dystonie.

c) Quoiqu'en dise la recourante, les deux expertises subséquentes effectuées par les docteurs P_____, respectivement R_____, ne permettent pas de mettre en doute les conclusions du docteur M_____.

c/aa) Le premier de ces praticiens considère que la dystonie est d'origine post-traumatique en se fondant, d'une part, sur l'absence de troubles du membre inférieur droit avant l'accident et, d'autre part, sur la réalisation des critères diagnostic de la dystonie focale post-traumatique. Or, l'absence de problème du membre inférieur droit avant l'accident constitue une prémisse erronée, dans la mesure où, de l'aveu de la recourante, elle a présenté de graves troubles au niveau de ce membre dans son enfance, suite à la méningo-encéphalite. Il n'est pas possible, au vu de la fluctuation des dires de l'intéressée, de déterminer la durée desdits troubles, mais ils ont en tous les cas été suffisamment conséquents (nécessité de réapprendre la marche, jambe qui traîne, notion de trébuchages répétés) pour que l'on ne puisse considérer l'appréciation du docteur P_____ comme étant fondée sur une vision complète du cas qui lui a été soumis. En ce qui concerne les critères diagnostics sur lesquels se base l'expert P_____ pour déclarer l'origine traumatique de la dystonie, on peut relever que le critère de la sévérité du traumatisme est contesté par la quasi-totalité des médecins ayant eu à se prononcer ; l'entorse est en effet qualifiée à répétées reprises de bénigne. Par ailleurs, il appert clairement que le dernier critère, à savoir celui de l'apparition d'une dystonie dans le même territoire que celui du traumatisme, est clairement remis en question. L'expert R_____ a effectivement constaté une dystonie, moins nette mais tout de même présente, au niveau du membre supérieur droit, territoire différent de celui concerné par l'entorse de la cheville. Dans ces circonstances, il n'est pas possible de reconnaître une pleine valeur probante à l'expertise du docteur P_____.

c/bb) En ce qui concerne les conclusions du professeur R_____, il sied de relever qu'elles sont peu compréhensibles, dans la mesure où il est totalement fait abstraction de la dystonie (peu marquée) du membre supérieur droit constatée pourtant clairement lors de l'examen clinique. L'expert estime que la dystonie du membre inférieur est à mettre en relation avec l'accident du 9 février 2004, que l'hémi-atrophie droite doit être reliée aux lésions cérébrales dues à la méningo-encéphalite, mais aucune explication n'est fournie concernant la dystonie du bras droit. Or, une telle constatation n'est de loin pas sans importance, puisqu'il s'agit de la même pathologie que celle du membre inférieur droit. On doit bien plutôt en conclure, à l'instar du docteur M_____ et des neurologues K_____ et L_____, que les symptômes présentés par la recourante sont à mettre en relation, de façon plus vraisemblable au moins, avec les lésions du cerveau subséquentes à la méningo-encéphalite. En outre, tout comme le docteur P_____, le professeur R_____ fonde son raisonnement en matière de causalité en grande partie sur l'absence de symptômes avant l'accident, en particulier pendant la grossesse et pendant les règles. Cependant, cette façon

d'appréhender le cas n'est pas relevante dans le domaine de l'assurance-accidents, où l'adage « *post hoc ergo propter hoc* » ne trouve pas application (le seul fait que des symptômes ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe de rechercher l'étiologie des troubles et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Comme on l'a déjà vu, dans le cas présent, il a été démontré que des troubles divers (hémi-atrophie droite, dystonie « débutante ou légère » du membre supérieur droit) complètent le tableau de dystonie du membre inférieur droit. Tant l'hémi-atrophie (cf. expertise R_____) que la dystonie de la jambe (autres praticiens mentionnés à plusieurs reprises ci-dessus) sont attribuées aux séquelles de la méningo-encéphalite. Sauf à raisonner sur la base temporelle uniquement, ce qui n'est pas possible en assurance-accidents, la dystonie ne peut dès lors pas, en pareilles circonstances, être mise en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré. La mention d'absence de problèmes dystoniques durant la grossesse et les règles chez une patiente présentant des lésions cérébrales telles que celles de la recourante n'est pas plus éloquente. Au contraire, si pareilles lésions sont susceptibles de provoquer, durant lesdites périodes, des problèmes de type dystonie, cela ne fait que confirmer la thèse selon laquelle elles sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'origine de la dystonie de la recourante pour laquelle celle-ci requiert (à tort) des prestations de l'assurance-accidents.

c/cc) On mentionnera encore, dans la mesure où il est cité tant par le docteur P_____ que par la recourante, que l'opinion émise par le docteur O_____ ne saurait remettre en question, elle non plus, les conclusions de l'expertise M_____, car ce médecin ne pose pas d'avis définitif, mais parle de possible lien de causalité entre la dystonie du membre inférieur droit et l'accident du 9 février 2004. Tout en recommandant une expertise à ce propos, le docteur O_____ concède que la méningo-encéphalite est à la base de la dystonie présentée dans les suites de l'accident.

d) Il suit de tout ce qui précède que le lien de causalité entre les troubles présentés par la recourante au-delà du 31 décembre 2004 (date de la suppression des prestations) et l'accident assuré de février 2004 doit être nié. En conséquence, la décision attaquée sera confirmée et le recours rejeté.

6. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la Loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; 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

Nancy BISIN

Valérie MONTANI

La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID PIQUEREZ

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