

GE_GERICHTE ATAS/1296/2012 vom 29. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1296_2012

FR: GE_GERICHTE ATAS/1296/2012 du 29 octobre 2012

IT: GE_GERICHTE ATAS/1296/2012 del 29 ottobre 2012

Erwägungen

E. 30

mars 2005 puis un quart de rente dès le 1er avril 2005 en se fondant sur un degré d'invalidité de 40 % dès cette date. 92. L'assurée s'est opposée à la décision de la SUVA le 1er février 2008. Elle a affirmé qu'un examen récent pratiqué par le Dr TA_____ avait mis en évidence la réalité incontestable de troubles de la conscience à tout moment de la journée. Compte tenu des limitations posées par le Dr LA_____, la reprise d'une activité professionnelle quelconque était ainsi impossible. Les seuls avis exprimés sur la capacité de travail de l'assurée étaient le fait de médecins de la SUVA, ce qui démontrait que l'avis d'un médecin neutre était redouté. Les conclusions quant à la capacité de travail ne reposaient en outre sur aucun fondement objectif. Partant, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. 93. Par courrier du 11 février 2008, l'assurée a transmis à la SUVA le certificat établi en date du 15 janvier 2008 par la Dresse GA_____. Celle-ci y a indiqué que l'assurée présentait les diagnostics suivants: malaises avec trouble de la vigilance dans le contexte d'une hypersomnie, d'un discret syndrome des apnées du sommeil et d'un mouvement périodique des jambes sans repos; hypersomnie d'origine multifactorielle liée à des douleurs chroniques engendrant une insomnie, un syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs sans repos, un discret syndrome d'apnées du sommeil; état dépressif chronique, fluctuant, récurrent; status après traumatisme cervical; status après quatre interventions neurochirurgicales cervicales; cervico-brachialgies chroniques; syndrome douloureux chronique; troubles chroniques de l'équilibre, fluctuants, dans le contexte d'une aréflexie vestibulaire bilatérale traitée par réhabilitation oto- neurologique; céphalées de type migraine sans aura et de troubles mnésiques associés à des troubles attentionnels. L'assurée se plaignait essentiellement de cervicobrachialgies chroniques exigeant au minimum 120 mg par jour de morphine pour rendre les douleurs supportables. Un traitement physiothérapeutique chronique était nécessaire. Compte tenu de ce problème, il était impensable qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle même à 60 % au cours de laquelle elle

A/438/2012 - 23/43 - devrait porter des poids lourds ou rester statique durant un laps de temps trop long. En outre, elle avait des malaises avec pertes de contact neuro-sensoriel qui pouvaient durer très longtemps. Un enregistrement du sommeil à la Consultation du sommeil avait permis de mettre en évidence une hypersomnie d'origine multifactorielle. Un sevrage médicamenteux avait été tenté pour diminuer l'hypersomnie mais s'était soldé par un échec en raison de l'augmentation des douleurs. Une tentative de traitement par des stimulants pourrait être réalisée, un avis spécialisé ayant été requis à cette fin. La dysthymie chronique, fluctuante et par moments réactionnelle malgré le traitement antidépresseur affectait également l'assurée. Compte tenu de ces éléments et de l'absence de vie professionnelle depuis plus de quatre ans, il semblait difficile d'envisager la reprise d'une

activité professionnelle. L'assurée ne pourrait de toute façon pas travailler en tant que secrétaire en raison de la position statique et des activités mettant à contribution nuque et épaules. 94. Le Dr LA_____ s'est déterminé sur ce rapport le 14 mars 2008 en soulignant que la Dresse GA_____ ne s'était pas concrètement exprimée sur les résultats de l'examen du rachis. De plus, aucun élément nouveau n'apparaissait. Il partait dès lors du principe que l'état objectif du rachis ne s'était pas modifié depuis son examen de 2006. Le Dr KA_____ a également pris position sur ce rapport en notant qu'il ne mentionnait aucune lésion organique ou structurelle nouvelle du système nerveux périphérique ou central consécutive à l'accident. L'hypersomnie et une éventuelle apnée du sommeil ne pouvaient du point de vue neurologique être considérées comme des suites vraisemblables de l'accident ou des interventions chirurgicales. 95. Par décision du 19 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière de mai 2004 à mars 2005 puis un quart de rente dès le mois d'avril 2006. 96. Le Dr VA_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a résumé comme suit le dossier de l'OAI dans son appréciation du 23 février 2009. Le Dr TA_____ de la consultation du sommeil avait fait réaliser un enregistrement sur une période de 36 heures le 27 juin 2007, qui révélait une hypersomnie avec temps de sommeil total durant plus de 85 % du temps enregistré et plus de 75 % de la période de 36 heures. L'assurée décrivait cela subjectivement comme une perte de contact. L'assurée avait des difficultés à s'endormir et son sommeil présentait une structure anormale avec absence de sommeil à ondes delta et des épisodes d'apnée et d'hypopnée du sommeil. Elle avait des bouffées de mouvements périodiques des jambes avec un index pathologique. L'hypersomnie était certainement consécutive à plusieurs facteurs, tels que douleurs, syndrome de mouvements périodiques des membres pendant le sommeil et apnée du sommeil très discrète. La médication jouait également un rôle. Un stimulant de l'éveil pourrait être introduit. Le Dr EB_____ avait été mandaté pour une expertise réalisée le 5 novembre 2008.

A/438/2012 - 24/43 - Il avait posé le diagnostic d'hypersomnie, d'absence de syndrome d'apnée du sommeil, d'absence de syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs pendant le sommeil. L'origine de l'hypersomnie s'expliquait donc par la polymédication antalgique consécutive au syndrome douloureux chronique. En effet, l'enregistrement du Dr TA_____ avait été effectué alors que l'assurée prenait de la morphine, de la Fluctine®, du Sirdalud® et du Rivotril®. L'amélioration du sommeil et de la vigilance n'était théoriquement possible qu'à la suite d'une réduction significative de ces traitements. L'hypersomnie secondaire et l'irrégularité du cycle veille-sommeil impliquaient une limitation réelle et importante de la capacité de travail de l'assurée. La réduction des médicaments devrait être accompagnée d'une chronothérapie, possible avec l'aide d'un neurologue spécialisé. L'assurée s'était déclarée favorable à une telle mesure, qui rendrait possible une certaine activité professionnelle. Le Dr EC_____ avait proposé une chronothérapie le 29 octobre 2008 en soulignant que le traitement devait tenir compte de facteurs de personnalité. 97. Par courrier du 10 septembre 2010, la SUVA a indiqué au mandataire de l'assurée que cette dernière n'avait pas donné suite aux convocations du Dr ED_____, spécialiste FMH en psychiatrie, à qui une expertise avait été confiée. Ce médecin ayant renoncé à ce mandat, l'expertise était confiée au CENTRE D'EXPERTISE MÉDICALE (CEMed) de Nyon. 98. L'assurée a répondu par courrier du 2 novembre 2010 que le CEMed n'était pas neutre, notamment au motif que la SUVA assurait une part importante de son chiffre d'affaires. Elle a dès lors requis de celle-ci qu'elle lui indique combien de mandats d'expertise avaient été confiés à ce centre depuis le début de l'année

2010. Elle a souligné qu'elle était au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1er avril 2010. 99. Par courrier du 3 novembre 2011, la SUVA a indiqué qu'aucune statistique n'était tenue sur le nombre de mandats confiés à des experts. Elle ne pouvait dès lors accéder à la demande de l'assurée et maintenait l'expertise au CEMed, qui serait réalisée par les Drs EF _____, spécialiste FMH en psychiatrie, et S _____. 100. Dite expertise a eu lieu le 10 novembre 2010. Dans leur rapport du 18 février 2011, les médecins ont analysé le dossier médical de l'assurée et relaté son anamnèse. Ses plaintes actuelles étaient des douleurs cervico-occipitales se compliquant plusieurs jours par semaine de céphalées diffuses de type casque mais parfois pulsatiles, de temps en temps accompagnées de nausées. Les douleurs dorsales et lombaires et l'endormissement occasionnel nocturne du membre supérieur droit perduraient également, à l'instar des sensations vertigineuses occasionnelles de type de manque d'équilibre. Les vertiges rotatoires et les drop attacks avaient en revanche disparu. L'assurée signalait également des absences lors desquelles elle ressentait une

A/438/2012 - 25/43 - lourdeur céphalique. Elle se réveillait quelques heures voire quelques jours après et répondait alors de travers. Elle rencontrait également des troubles de la mémoire. Elle s'estimait dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle. Au plan psychique, l'assurée déclarait qu'elle avait dû faire le deuil notamment de la maternité en raison du traitement de morphine. Elle avait des problèmes à la lecture, mais signalait une meilleure élocution depuis l'arrêt de la morphine. Elle avait parfois l'impression d'être déconnectée. Elle oubliait certains événements, avait des ruminations en lien avec ses problèmes asséculo-logiques et ses céphalées persistantes. Elle était devenue méfiante dans le contexte des problèmes asséculo-logiques et avait une importante tension interne. Les rendez-vous chez le médecin provoquaient des crises d'angoisse sans anxiété paroxystique ni cognition agoraphobe. Elle était devenue peu à peu introvertie. Elle présentait quelques éléments d'anxiété sociale et avait parfois des crises de pleurs lorsqu'elle se sentait victime d'injustices. Elle ne présentait ni anxiété généralisée, ni doute pathologique. Elle ressentait de la fatigue presque tous les jours, en tout cas trois à quatre fois par semaine. Elle était souvent triste mais pas particulièrement irritable. Interrogée sur sa capacité à avoir du plaisir, elle avait déclaré qu'elle avait dû interrompre la danse. Elle avait une tendance à une vision manichéenne, également dans sa vie sociale. Elle était convaincue de ne pouvoir être enceinte en raison de son traitement pharmaceutique et n'avait globalement pas une bonne image d'elle-même. L'assurée éprouvait des sentiments de culpabilité mais pas d'idées noires ni d'idées suicidaires. Le sommeil n'était pas réparateur et elle souffrait également d'insomnies. Sa libido était réapparue à l'arrêt de la morphine et elle ressentait du plaisir lors de rapports sexuels. Elle disait s'isoler progressivement car elle ne voulait pas être vue avec ses douleurs. Elle assumait son ménage ainsi que les tâches administratives, mais avec lenteur et une tendance à les remettre au lendemain. L'expert psychiatre a également complété l'anamnèse familiale et socioprofessionnelle. Les experts ont tous deux procédé à un examen clinique. A l'issue du status, ils ont posé les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00) et de somatisation (F 45.0). Dans leur appréciation, les experts ont relevé qu'au plan somatique, la mobilité de la nuque était légèrement limitée et la mobilisation légèrement sensible uniquement localement. Les muscles paracervicaux et les chefs supérieurs du trapèze n'étaient pas contracturés mais le chef gauche était un peu sensible. Le rachis dorsolombaire était sans particularité à l'examen, notamment sans limitation de la mobilité et sans douleur à la mobilisation. Les épreuves de marche étaient correctement exécutées

sans instabilité ou déviation significative. L'examen des paires crâniennes était entièrement normal, de même que celui du tronc et des membres inférieurs et celui des membres supérieurs, à l'exception d'une manœuvre de Phalen discrètement positive des deux côtés. Tous les documents radiologiques n'étaient pas disponibles, mais les radiographies de la colonne cervicale de janvier 2007 montraient un status après spondylodèse C4-C6 avec un A/438/2012 - 26/43 - matériel en place et quelques troubles statiques. L'arthro-IRM de l'épaule droite de juin 2006 était normale. L'examen neurologique était sans anomalie significative, à l'instar des examens antérieurs. En particulier, la mobilité de la nuque et du rachis était excellente compte tenu des interventions subies. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas d'atteinte significative susceptible d'expliquer les plaintes et d'entraîner une incapacité de travail. Aucun élément en faveur de troubles circulatoires cérébraux expliquant les drop attacks survenues dans le passé n'était présent. Le Dr S_____ était d'avis que les quelques troubles vestibulaires décrits ne pouvaient expliquer les plaintes. Une comitialité pouvait être écartée, s'agissant des phénomènes d'absence et de perte de contact. Des troubles neurologiques périphériques pouvaient également être écartés compte tenu des résultats des ENMG pratiqués par les Drs EA_____ et H_____. En conclusion, il n'y avait pas d'explication neurologique significative aux troubles décrits par l'assurée. S'agissant des douleurs cervico-céphaliques, dorsales et lombaires, on pouvait admettre la persistance de quelques douleurs cervicales voire céphaliques en relation avec les suites de l'accident de 1994. Néanmoins, chez l'assurée, qui avait dans un premier temps repris le travail à plein temps, il paraissait difficile d'expliquer l'importance des douleurs actuelles et leur répercussion sur la capacité de travail par les seules conséquences de cet accident. Il existait visiblement des facteurs de majoration des symptômes. Au plan neurologique, la capacité de travail était complète sans diminution de rendement dans les limitations définies par les orthopédistes, soit dans une activité essentiellement assise, sans engagement physique lourd ni port régulier de charges de plus de 15 kg et permettant des changements de position fréquents. Le Dr EF_____ a quant à lui retenu que l'assurée rapportait pour l'essentiel d'importantes douleurs, auxquelles s'ajoutaient quelques ruminations, une tension et une nervosité. Au plan psychosocial, elle était en contact avec sa sœur, vivait sur le même palier que sa mère, voyait quotidiennement son père et avait un compagnon. Elle ne présentait pas de trouble cognitif particulier à l'examen clinique. On constatait un certain rétrécissement du champ de la pensée sur les problèmes asséurologiques et les douleurs. Il n'y avait pas de tendance à la dépression et l'assurée donnait des renseignements informatifs. L'expert psychiatre n'observait pas de ralentissement psychique ni de fatigue marquée, ni de comportement algique, la colère prédominant. Il existait également une certaine tension psychique. Le monitoring thérapeutique avait permis de déceler des taux supra-thérapeutiques pour la fluoxétine et thérapeutique pour le paracétamol. Compte tenu de ces éléments, on pouvait conclure à un état dépressif majeur d'intensité légère sans syndrome somatique. L'assurée se sentait victime de préjugés de la part de certains médecins, ce qui alimentait une importante colère. Les plaintes somatiques ne se limitant pas uniquement aux douleurs, le Dr EF_____ retenait une somatisation (F 45.0) plutôt qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, appréciation non partagée par le Dr FA_____. Ce trouble était accompagné d'un phénomène d'amplification. L'absence de comportement manifestement

A/438/2012 - 27/43 - démonstratif permettait d'exclure une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La structure de personnalité posait question. L'assurée avait tendance à analyser les événements de façon très catégorique, avec des raisonnements rigides. On notait un évitement progressif des relations sociales. Ces éléments ne permettaient toutefois pas de retenir un trouble de la personnalité en l'absence de méfiance manifeste. L'assurée réagissait cependant de manière mal adaptée, ce qui alimentait un fort sentiment de préjudice et de colère. Cela correspondait à une attitude projective, notamment lorsqu'elle affirmait ne pouvoir avoir d'enfants en raison du traitement par opiacés. Il existait une certaine fragilité narcissique. Il y avait des facteurs étrangers à l'accident sous forme de relation sentimentale difficile de 2004 à 2007 et d'un conflit avec le dernier neurochirurgien. Le Dr EF_____ considérait qu'il n'y avait pas d'indication formelle à un traitement. L'assurée disposait d'une capacité de travail complète sans diminution de rendement au plan psychique, et ce dans toute activité. L'assurée souhaitait la reconnaissance d'une faute médicale, ce qui ne relevait pas de son appréciation.

101. Lors d'un entretien téléphonique du 11 janvier 2011 avec la SUVA, l'assurée s'est plainte des médecins experts au motif qu'ils lui avaient demandé si elle avait des orgasmes. Elle avait menti car cela ne les regardait pas et elle ne voyait pas le lien avec son accident.

102. L'assurée a recontacté la SUVA lors d'un entretien téléphonique du 12 janvier 2011, en réaffirmant que le Dr EF_____ était allé trop loin dans ses questions. Elle a précisé qu'elle avait porté plainte contre le Dr B_____, qui avait réalisé une opération qu'elle n'avait pas autorisée en 1999 car il avait changé la technique opératoire.

103. Par courrier du 25 novembre 2011, le mandataire de l'assurée a affirmé "qu'il y a[vait] tout lieu de désespérer d'une décision objective de la part de la SUVA dans ce dossier" et l'a invitée à rendre une décision sur opposition. Il a transmis les remarques de celle-ci sur le rapport d'expertise. Dans un document de 26 pages daté du 26 avril 2011, l'assurée est longuement revenue sur divers points de l'expertise qu'elle a commentés, réfutés ou précisés en rappelant certains points de son anamnèse. Elle a notamment relevé qu'elle n'avait aucun conflit avec le "dernier neurochirurgien", soit le Dr I_____. En revanche, elle a soutenu que le Dr F_____ "s'était acharné" à la décourager de porter plainte contre le Dr B_____. Elle s'est prononcée sur plusieurs constats des experts, auxquels elle a opposé sa propre appréciation de ses douleurs en soulignant qu'elle savait qui rémunérait les experts mandatés. Le conseil de l'assurée a également joint une attestation du Dr I_____, certifiant ne pas avoir rencontré de conflit avec l'assurée et indiquant qu'il revoyait régulièrement l'assurée pour la gestion d'une situation douloureuse complexe en partie consécutives aux différentes chirurgies ayant conduit à un enraidissement fusionnel de trois vertèbres cervicales. Était également produit le rapport daté du 5 janvier 2011 de la Dresse EG_____ du

A/438/2012 - 28/43 - Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, diagnostiquant des cervicobrachialgies droites, des céphalées, des lombalgies chroniques non déficitaires, des épisodes récurrents d'hypersomnie prolongée, un status port ablation de lésion polypoïde de la corde vocale droite en 2010, un status après quatre interventions chirurgicales cervicales et un status après traumatisme cervical en 1994. La Dresse EG_____ a souligné que les cervicobrachialgies étaient apparues à la suite de son accident et s'étaient depuis la dernière consultation de 2003 progressivement associées à des douleurs dans les deux épaules, le membre supérieur droit et la région lombaire. Les céphalées étaient réapparues depuis l'arrêt de la morphine en avril 2010. Elle décrivait également des sensations de paresthésies, d'engourdissement et de lourdeur dans le membre

supérieur droit. Les douleurs limitaient fortement les activités physiques et le score de 38 % au questionnaire d'Oswestry était compatible avec un handicap modéré. Les douleurs associées à l'hypersomnie obligeaient l'assurée à rester allongée parfois à peine consciente environ trois jours par semaine. Le score à l'échelle de dépression de Beck était de 24, ce qui était compatible avec un état dépressif modéré. A l'examen clinique, il n'y avait pas de limitation à la mobilisation lors de l'habillage et du déshabillage. L'assurée avait des douleurs à la palpation du rachis, de la musculature paracervicale et lombaire droite surtout et du trapèze des deux côtés. La distance menton-sternum était de 0, il n'y avait pas de limitation à la mobilisation active des membres supérieurs et inférieurs, pas de douleurs au redressement. L'assurée signalait des douleurs à l'extension du rachis lombaire ainsi qu'à la fin des inclinaisons droites et gauches. Les réflexes du biceps brachial n'étaient pas obtenus à gauche et très faibles à droite. A l'issue de l'examen, la Dresse EG _____ a relevé le bon status musculaire et la souplesse de l'assurée, que des exercices légers permettraient de maintenir, et a discuté de plusieurs options médicamenteuses. 104. La SUVA a écarté l'opposition par décision du 9 janvier 2012. Après avoir rappelé les principes régissant l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qui permettent de reconnaître valeur probante aux rapports médicaux, elle a souligné que tous les troubles de l'assurée avaient en l'espèce fait l'objet d'examens médicaux et d'une expertise psychiatrique. Le Dr LA _____ avait ainsi conclu à une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle légère. Le Dr EH _____ était également d'avis qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations était possible à plein temps. Le Dr KA _____ avait écarté des troubles neurologiques, de même que l'expert du CEMed. La décision attaquée niait l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles de l'assurée et son accident, ce qui était conforme à la jurisprudence en raison du caractère banal de l'accident. De plus, le dossier ne permettait pas d'établir à satisfaction de droit que les douleurs de la colonne cervicale étaient apparues dans les trois jours après l'accident assuré, ce qui commandait d'écarter l'hypothèse d'un traumatisme de type coup du lapin. Les critères dégagés par la jurisprudence et permettant d'admettre un

A/438/2012 - 29/43 - lien de causalité adéquate entre les troubles de l'assurée et l'accident n'étaient quoi qu'il en soit pas réunis en l'espèce. En l'espèce, les médecins ne mettaient pas en doute les douleurs alléguées mais ne trouvaient pas d'explications médicales objectivables sur leur ampleur. En l'espèce, l'expertise du CEMed et les rapports des Drs EI _____ et LA _____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il ne suffisait par ailleurs pas d'invoquer la partialité de la SUVA, comme le faisait l'assurée, mais il appartenait à celle-ci de démontrer en quoi les rapports médicaux n'étaient pas pertinents. Les imprécisions relevées dans le rapport d'expertise ne suffisaient pas à remettre en cause ses conclusions. Le rapport de la Dresse EG _____ ne permettait pas non plus de les mettre en doute. Quant au Dr I _____, il avait relativisé l'importance des troubles organiques dont la SUVA avait à répondre en soulignant que leur importance était "en partie consécutive" aux interventions chirurgicales. 105. Par écriture du 9 février 2012, l'assurée a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Elle conclut sous suite de dépens préalablement à l'apport du dossier de l'OAI et de la SUVA et à l'audition du Dr I _____ et au fond à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée afin de déterminer le début du droit à la rente pour l'invalidité totale en raison de l'accident du 29 juillet 1994. Citant plusieurs rapports médicaux, la recourante affirme que les conclusions des experts sont contestées et établies en totale partialité. Le rapport d'expertise est au demeurant truffé d'imprécisions et de contrevérités, qui ont fait l'objet de son courrier du 26

avril 2011. Les experts n'ont ainsi pas tenu compte de sa situation réelle. Comme cela ressort du rapport de la Professeure EJ _____, spécialiste en neurologie et médecin aux HUG, des troubles de la vigilance récurrents et prolongés ainsi que des céphalées chroniques probablement symptomatiques d'anciennes interventions au niveau cervical ont été constatés. Les experts n'ont pas non plus pris en considération le fait que les réflexes du biceps brachial n'étaient pas obtenus à gauche et étaient très faibles à droite, comme la Dresse EG _____ l'a relevé. Le Dr I _____ avait également attesté de la situation douloureuse complexe et en partie consécutive aux interventions chirurgicales. Compte tenu de ces éléments ignorés par les experts, nier le lien de causalité entre l'accident et une incapacité de travail admise par l'OAI n'était pas acceptable. La recourante allait se prononcer sur la mise en œuvre d'une nouvelle expertise après avoir pris connaissance de l'ensemble des dossiers produits. Elle joint notamment le rapport du 5 mai de la Professeure EJ _____, dans lequel celle-ci pose les diagnostics d'épisodes d'hypersomnie prolongée d'origine pas claire, de céphalées chroniques à prédominance occipitale pharmaco-persistantes, de status après plusieurs interventions au niveau cervical, de status post traumatisme cervical en 1994 et d'antécédents d'épisodes dépressifs. Ce médecin avait déjà reçu l'assurée pour un entretien de synthèse après son hospitalisation en 2005. Sa situation n'avait guère évolué depuis. Elle décrivait toujours des épisodes d'hypersomnie survenant depuis 1999. L'entretien s'était déroulé sans difficultés de

A/438/2012 - 30/43 - vigilance. L'assurée évoquait également des céphalées chroniques. La neurologue a conclu à des troubles de la vigilance récurrents et très prolongés ainsi qu'à des céphalées chroniques, probablement symptomatiques d'anciennes interventions au niveau cervical. Les épisodes d'hypersomnie n'ayant pas lieu lorsque la recourante était engagée dans une activité, une origine psychique ne pouvait être complètement écartée. 106. Dans sa réponse du 4 mai 2012, l'intimée conclut à l'irrecevabilité du recours. Elle relève que la recourante se contente pour toute argumentation de réclamer l'apport du dossier de l'OAI et que la motivation ne satisfait ainsi pas aux exigences légales. Les moyens de la recourante sont purement dilatoires; celle-ci n'expose pas en quoi les conclusions des médecins du CEMed seraient erronées. L'intimée requiert la possibilité de se prononcer sur l'ensemble des arguments de la recourante au cas où le recours serait déclaré recevable. Elle joint le dossier complet qu'elle a établi concernant la recourante. 107. Par pli du 8 mai 2012, la Cour de céans a informé la recourante de son droit de consulter le dossier et l'a invitée à lui faire parvenir sa réplique. 108. Par réplique du 30 mai 2012, la recourante persiste dans ses conclusions et requiert de surcroît l'audition de la Dresse EG _____. Elle reproche à l'intimée de ne pas avoir mentionné l'octroi de la rente d'invalidité totale dont elle bénéficie depuis le 1er mai 2004, soit une année après le délai d'attente d'une année depuis la rechute de l'incapacité de travail dès le 30 avril 2003. Elle souligne que la Dresse EG _____ n'a par ailleurs constaté aucun trouble psychique, que l'intimée n'invoque que pour nier le lien de causalité. La recourante ajoute que les experts mandatés n'ont d'ailleurs pas donné d'explications à ses problèmes physiques. La question n'est pas de déterminer si la chute dont elle a été victime est de nature à engendrer une invalidité totale selon le cours ordinaire des choses. Elle entend établir le lien de causalité entre son incapacité de travail totale admise par l'OAI et l'accident dont elle a été victime. Ce sont bien les interventions subies qui sont à l'origine de cette invalidité, et il conviendra d'entendre le Dr I _____ à cet égard. La recourante joint à son écriture un prononcé du 18 février 2010 de l'OAI admettant une invalidité totale dès le 1er mai 2004 en raison d'une maladie de longue durée. 109. Dans sa duplique du 3 juillet 2012, l'intimée réaffirme que la motivation de la recourante est

insuffisante par rapport à la complexité de la cause à juger, ce qui entraîne l'irrecevabilité du recours. Cette dernière se contente en effet d'affirmer que les conclusions médicales reprises par l'intimée sont contradictoires, imprécises, et somme toute mensongères. Sur le fond, elle soutient que les rapports médicaux fouillés établissent clairement que les atteintes cervicales prises en charge et leurs séquelles objectivées n'empêchent pas la recourante de reprendre son activité professionnelle antérieure. On ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas

A/438/2012 - 31/43 - avoir instruit la cause de manière adéquate. La recourante ne s'est d'ailleurs pas opposée à l'expertise du CEMed et invoquer la partialité des experts ne suffit pas à l'établir. Les éventuelles imprécisions du rapport d'expertise ne sont pas des indices concrets allant à l'encontre de la fiabilité des faits médicaux déterminants. Le rapport de la Dresse EG_____ ne suffit pas non plus à mettre en doute les conclusions des experts. S'agissant de la décision de l'OAI, qui semble se fonder sur une maladie de longue durée, l'intimée rappelle que l'assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par un autre assureur. La recourante ne peut donc inférer un quelconque droit de la décision de l'OAI. Partant, l'intimée conclut à l'irrecevabilité, subsidiairement au rejet du recours. 110. Par ordonnance du 29 août 2012, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier de l'assurance-invalidité. 111. L'OAI s'est exécuté le 4 septembre 2012. Les éléments suivants ressortent notamment du dossier : • Le Dr TA_____ de la Consultation du sommeil des HUG a fait réaliser un enregistrement sur une période de 36 heures le 27 juin 2007, qui révélait une hypersomnie avec temps de sommeil total durant plus de 85 % du temps enregistré et plus de 75 % de la période de 36 heures. L'assurée décrivait cela subjectivement comme une perte de contact. L'assurée avait des difficultés à s'endormir et son sommeil présentait une structure anormale avec absence de sommeil à ondes delta, des épisodes d'apnée et d'hypopnée du sommeil. Elle avait des bouffées de mouvements périodiques des jambes avec un index pathologique. L'hypersomnie était certainement consécutive à plusieurs facteurs, tels que douleurs, syndrome de mouvements périodiques des membres pendant le sommeil et apnée du sommeil très discrète. La médication jouait également un rôle. Un stimulant de l'éveil pourrait être introduit ; • Dans son rapport reçu le 16 mai 2008 par l'OAI, le Dr TA_____ a retenu les diagnostics d'hypersomnie, de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil et d'apnées du sommeil. La capacité de travail était nulle depuis le 17 avril 2008 en raison d'endormissements brusques ; • Par décision du 19 mai 2008, l'OAI a confirmé la teneur de son projet du 23 novembre 2007 ; • Dans son rapport du 1er septembre 2008, le Dr FA_____ a confirmé que les troubles psychiques ne diminuaient pas la capacité de travail ;

A/438/2012 - 32/43 - • L'OAI a confié une expertise au Dr EB_____, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, qui a rendu un bref rapport le 5 novembre 2008 après avoir pris connaissance des courriers du Dr TA_____. Son rapport ne contient ni anamnèse ni résumé du dossier. L'expert a procédé à une actimétrie avant de retenir les diagnostics d'hypersomnie et d'irrégularité du cycle veille/sommeil avec allongement du temps total de sommeil. Il a en revanche exclu un syndrome d'apnées ou d'hypopnées du sommeil et un syndrome des mouvements périodiques des membres pendant le sommeil en se fondant sur les résultats de l'actimétrie. Ce médecin a souligné que l'hypersomnie était consécutive notamment à la polymédication antalgique consécutive au syndrome douloureux chronique. Une amélioration ne serait possible qu'en cas de réduction du

traitement pharmaceutique. Le Dr EB _____ a conclu que l'hypersomnie secondaire et l'irrégularité du cycle sommeil/veille entraînaient une limitation réelle et importante de la capacité de travail de l'assurée ; • Dans son courrier du 21 avril 2009, le Dr EK _____ du Laboratoire du sommeil des HUG a indiqué qu'il avait préconisé le développement d'un horaire de sommeil strict et régulier de façon à synchroniser au maximum le cycle veille-sommeil. Cette réorganisation devait permettre d'atténuer l'hypersomnie diurne et le nombre d'heures passées à faire des siestes. Le Rivotril pourrait être supprimé car il pouvait favoriser l'hypersomnie et l'assurée ne se plaignait pas excessivement de mouvements de jambes la nuit ; • Dans son avis du 4 janvier 2009, le Dr IB _____, médecin au SMR, a considéré que l'hypersomnie était secondaire au traitement médicamenteux qui ne pouvait être supprimé. Dès lors, l'incapacité de travail était de 50 % dans toute activité dès le 1er mai 2003 et de 100 % dès le 1er août 2003. • Par décision du 20 avril 2012, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré dès le 1er avril 2005. 112. Dans ses observations du 1er octobre 2012, la recourante se réfère à plusieurs rapports médicaux dont elle affirme qu'ils démontrent le lien de causalité entre son accident et les troubles dont elle souffre. Elle rappelle n'avoir jamais eu d'atteinte à la santé avant son accident et qu'il est dès lors déplacé de l'intimée de contester que son incapacité de travail est en rapport avec son accident. 113. Par écriture du même jour, l'intimée s'est également déterminée en persistant dans ses conclusions. Elle allègue que le Dr TA _____ a conclu à une origine plurifactorielle de l'insomnie. La Dresse GA _____ n'a quant à elle retenu

A/438/2012 - 33/43 - que le status après traumatisme cervical n'était qu'un des facteurs d'incapacité de travail. L'intimée a procédé à tous les examens médicaux possibles et ceux-ci n'ont pas permis de démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante un lien entre l'accident et la pathologie dont la recourante souffre. L'intimée rappelle que l'assureur-accidents n'est pas lié par les décisions de l'assurance-invalidité, qui doit tenir compte de la globalité des atteintes et non de celles qui ont une origine traumatique seulement. 114. Le 3 octobre 2012, la Cour de céans a transmis copies de ces écritures aux parties et les a informées que la cause était gardée à juger.

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 1er 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du

principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF non publié 8C_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2).

A/438/2012 - 34/43 - S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 47 ad art. 61). Si en l'espèce, la motivation est succincte, les griefs de la recourante sont néanmoins clairs, de sorte que la motivation correspond aux exigences légales. Partant, le recours est recevable. 4. L'objet du recours porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2008, plus particulièrement sur le droit à une rente de la recourante. 5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGa). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF non publié 8C_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3). L'assurance-accidents alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). L'assurance-accidents supporte ainsi les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident (ATF non publié 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 2.2). La condition du lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé 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 suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, 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 en question 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 les assurances sociales. 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

A/438/2012 - 35/43 - assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1). 6. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA,

l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence. Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGGA). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATFA non publié I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; ATFA non publié I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1).

L'assureur-accidents n'est cependant pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité, notamment lorsqu'elle a été faite de manière contraire à la loi ou qu'elle tient compte d'éléments invalidants dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre (ATFA non publié U 119/00 du 6 octobre 2000, consid. 4). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à

A/438/2012 - 36/43 - un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minime que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2). 7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, 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 118 V 286 consid. 1b). 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. Étant 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 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). 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 celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui,

A/438/2012 - 37/43 - elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). 8. En l'espèce, tant les expertises des Drs LA_____ et KA_____ que le rapport des Drs S_____ et EF_____ correspondent aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Ces médecins se sont en effet fondés sur l'étude du dossier de la recourante, dont ils ont également relaté les plaintes de manière détaillée. Lesdits rapports et expertise contiennent une anamnèse fouillée et leurs conclusions, qui sont motivées de manière convaincante, se fondent sur des examens cliniques complets. Ces documents doivent dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante, qui se contente d'accuser l'intimée et les médecins rémunérés par ses soins de partialité, ne donne aucun indice concret permettant d'établir que ceux-ci n'étaient pas neutres dans leur appréciation. Si l'anamnèse établie par les experts du CEMed comprend certaines imprécisions, celles-ci portent sur des points accessoires qui ne relèvent pas de l'état de santé de la recourante – tels par exemple que l'identité du neurochirurgien avec lequel la recourante a rencontré un différend, l'adresse de sa mère ou le passé médical de son père – dont l'importance n'est pas telle qu'elle suffise à discréditer les conclusions médicales des Drs S_____ et EF_____. Les autres critiques formulées par la recourante sont avant tout des critiques sur les formulations et les constatations de ces médecins, qu'elle remet en cause sans démontrer au moyen d'autres

documents médicaux qu'elles seraient erronées. Or, l'appréciation de la partialité ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié I 832/04 du 3 février 2006, consid. 2.1.1). Cette condition n'est pas réalisée en l'espèce. Il apparaît bien plutôt que la recourante se montre méfiante envers le corps médical dans son ensemble, ce qui ressort d'ailleurs notamment des rapports des Drs RA_____ et EF_____ et de la

A/438/2012 - 38/43 - demande d'expertise neutre en Espagne de la recourante. Dans ces conditions, les allégations de cette dernière sur la prétendue partialité des médecins qui l'ont examinée n'emportent pas la conviction. Il n'est d'ailleurs pas inutile de souligner que contrairement à ce qu'affirme la recourante, les conclusions des Drs KA_____ et S_____ au plan neurologique sur l'absence de lien entre les atteintes et l'accident ou les interventions subséquentes ne sont pas en contradiction avec celles des autres spécialistes consultés dans ce domaine. En effet, en 1998, soit quatre ans après l'accident, le Dr H_____ a qualifié l'examen neurologique de normal. Tel est également le cas du status établi par la Dresse J_____ une année plus tard, à l'exception d'une discrète instabilité au test du funambule. L'électromyographe des membres supérieurs du 27 octobre 1999 pratiqué par le Dr H_____ était également dans la norme, à l'instar de l'IRM cérébrale réalisée le lendemain. Le Dr S_____, consulté une première fois par la recourante en février 2001, n'a pas non plus trouvé d'explication neurologique à l'importance des symptômes relatés par la recourante, son examen étant largement dans la norme. L'examen du Dr EA_____ du 2 février 2004 ne montrait pas non plus d'atteinte neurologique. Ce spécialiste a suggéré une possible irritation du nerf cubital pour expliquer les paresthésies du membre supérieur et l'électroneuromyographe auquel il a procédé le 3 mai 2004 a certes mis en évidence une discrète neuropathie myélinique du nerf cubital en regard de la gouttière épitrochléenne, laquelle n'est cependant pas d'origine traumatique. Le Dr KA_____ a du reste diagnostiqué une suspicion de syndrome du sillon ulnaire, en précisant qu'elle était sans lien avec l'accident. La batterie de tests réalisés par les neurologues des HUG, où la recourante a séjourné du 2 au 12 mai 2005, n'a pas non plus permis de trouver une origine organique à ses troubles. Le Dr V_____ a certes émis l'avis que les troubles de la recourante étaient pour l'essentiel imputables à ses troubles du rachis cervical dans son rapport du 22 janvier 2003. Cet avis, isolé, n'est cependant guère motivé, et la spondylodèse C4-C7 qu'il a préconisée afin d'y remédier a cependant été réalisée avec succès dans l'intervalle. Quant au rapport de la Dresse EJ_____, il ne se prononce pas avec certitude sur les troubles de la vigilance et les maux de tête de la recourante. Si cette spécialiste les qualifie de « probablement symptomatiques » des interventions passées sur la colonne cervicale, elle n'exclut pas non plus une origine psychique de ces troubles de sorte que le lien de causalité naturelle ne peut être considéré comme établi au vu de ce seul rapport. On notera de plus que la Dresse EJ_____ n'évoque aucun diagnostic neurologique permettant d'étayer son hypothèse. Enfin, les différents rapports neurologiques ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante au-delà du 31 janvier 2008. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions des Drs KA_____ et S_____ sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée telle que celle qu'elle exerçait jusqu'en 2003.

A/438/2012 - 39/43 - En ce qui concerne les vertiges et drop attacks de la recourante, la Dresse K_____ a dans un premier temps évoqué une possible maladie de Ménière en

1999, soit lorsque ces symptômes sont apparus, sans évoquer d'origine traumatique. Le Dr A_____ a quant à lui relevé que l'évolution n'était pas très spécifique d'un traumatisme dans son rapport du 31 mai 2000. En 2004, la Dresse K_____ a constaté une importante dégradation de la fonction vestibulaire périphérique par rapport au bilan de 1999. Ces troubles s'étaient cependant très nettement amendés lors du nouveau bilan de décembre 2005. Dans son rapport de 2006, la Dresse K_____ n'a par ailleurs pas pu attribuer de manière certaine la symptomatologie vertigineuse à l'accident. La Cour de céans relève que les remarques de ce médecin quant au caractère tardif des investigations de ces atteintes ne manque pas de surprendre, dès lors qu'elle a elle-même été consultée en 1999, soit l'année lors de laquelle la recourante semble s'être plainte pour la première fois de tels troubles. Quoi qu'il en soit, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr EH_____ tiennent compte des sensations de vertige rapportées par la recourante, dont on notera au demeurant qu'elles avaient en grande partie disparu lors de l'expertise du 10 novembre 2010, en tout cas s'agissant des vertiges rotatoires et des drop attacks. Partant, on ne peut admettre une quelconque incapacité de travail en raison de cette atteinte - même s'il fallait admettre un lien de causalité avec l'accident, ce qui n'est pas établi. La recourante se plaint également de douleurs chroniques, notamment sous forme de céphalées et de cervicalgies. Le Dr B_____ avait émis le pronostic en 1997 que des cervicalgies résiduelles pourraient persister après l'intervention. Selon le Dr B_____, l'évolution sur le plan des douleurs était cependant favorable une année plus tard, ce que le Dr I_____ confirmait en 1999. Les cervicalgies se sont par la suite intensifiées et ont d'ailleurs donné lieu au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Des céphalées se sont ensuite greffées sur ces douleurs, ainsi que des douleurs paravertébrales généralisées apparues courant 2002 selon les médecins du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG. Il sied de noter que si les interventions subies expliquent une partie des douleurs de la recourante, elles n'en sont pas la cause unique. Le Dr S_____ relevait ainsi dans son rapport du 7 février 2001 que l'importance des douleurs ne pouvait être expliquée par le status cervical. Les Drs Z_____, AB_____, BA_____ et CA_____ ont également conclu à une origine multifactorielle des douleurs en 2003, comme la Dresse GA_____ en 2004. Quant au Dr EA_____, il a également relevé que les céphalées n'étaient pas imputables à la seule problématique cervicale mais également à des vraies migraines sans aura en février 2004, qui ne sont pas d'origine traumatique. Le Dr I_____ notait dans son rapport du 24 novembre 2005 que la recourante allait relativement bien au plan cervical. Ce spécialiste évoquait dans son attestation du 15 avril 2011 des douleurs seulement en partie consécutives à l'accident. Les avis des médecins concordent ainsi avec l'appréciation de l'expert neurologue du

A/438/2012 - 40/43 - CEMed, qui a considéré que les suites de l'accident n'entraînent pas à elles seules des troubles de l'intensité de ceux rapportés par la recourante. Cette conclusion paraît d'autant plus convaincante que la mobilité cervicale de la recourante est satisfaisante, compte tenu des interventions subies. Ce point a été constaté tant par le Dr S_____ que par la Dresse EG_____, qui notait la souplesse de la recourante dans son rapport du 15 janvier 2011. Partant, on ne peut considérer que les douleurs sont telles qu'elles restreignent la capacité de travail dans l'activité antérieure de la recourante, adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il faut souligner que cette dernière a été capable de reprendre une activité professionnelle après son accident et que ce n'est que bien plus tard que ses douleurs se sont intensifiées et que leur territoire s'est étendu. Or, comme cela

ressort des rapports médicaux, ce phénomène ne peut s'expliquer par les seules interventions chirurgicales subies, ce d'autant moins que la recourante considère elle-même que la dernière intervention du Dr I _____ a été un succès. Les céphalées ont été signalées pour la première fois dans le rapport du 13 novembre 1998 du Dr H _____, les douleurs dorsales ont été rapportées par le Dr F _____ en 1998, les scapulalgies en 1999 par la Dresse K _____, les douleurs généralisées paravertébrales sont apparues quelques mois avant la consultation au Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG de 2003 et les douleurs au bras sont mentionnées pour la première fois lors de l'examen du Dr LA _____ en 2006. Ainsi, un laps de temps important s'est écoulé entre l'accident et l'apparition de nombreux troubles de la recourante. Or, 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 événement (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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 (ATF non publié 8C_551/2007 du 8 août 2008, consid. 2.2). La recourante ne peut ainsi être suivie lorsqu'elle soutient l'existence d'un lien de causalité entre son accident et ses atteintes du seul fait qu'elle n'avait pas de problèmes de santé avant son accident. En effet, les examens cliniques ne permettent pas d'imputer ces douleurs de manière au moins probable à l'accident de 1994 ou à ses suites. Tel est également le cas de l'hypersomnie, survenue en 1999 seulement, dont l'origine n'a pas clairement pu être établie et qui pourrait être psychogène selon la Dresse EJ _____. En ce qui concerne cette dernière atteinte, on notera que l'expertise du Dr EB _____ ne permet pas de parvenir à une autre conclusion. En effet, le rapport de ce médecin ne peut se voir reconnaître de valeur probante au regard des exigences posées sur la jurisprudence. Celui-ci a en effet émis ses conclusions sans prendre connaissance du dossier et n'a pas établi d'anamnèse. Il ne motive d'ailleurs guère les diagnostics retenus. Il ne se prononce pas non plus sur la possibilité de diminuer les crises d'hypersomnie par une réorganisation des cycles du sommeil, comme l'a préconisé le Dr EK _____. Par ailleurs, s'il considère que le traitement antalgique est une des explications de l'hypersomnie, il n'impute pas cette atteinte uniquement à la

A/438/2012 - 41/43 - médication. A cet égard, il sied de souligner que l'origine médicamenteuse de l'hypersomnie paraît peu probable. La recourante avait en effet arrêté la morphine au moment de l'expertise du CEMed, comme l'a d'ailleurs confirmé la Dresse EG _____ dans son rapport du 5 janvier 2011, sans pour autant que les épisodes d'hypersomnie ne disparaissent. On ne peut ainsi considérer que cette atteinte serait en lien de causalité avec le traitement médicamenteux des suites de l'accident, dont l'intimée devrait répondre. Partant, à défaut d'un lien de causalité établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles de la recourante et l'événement accidentel de 1994 ou les interventions et traitements qu'il a entraînés, la recourante ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents pour les atteintes dont elle souffre. 9. La recourante ne peut non plus se prévaloir de l'octroi d'une rente complète par l'assurance-invalidité. En effet, selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.2). En outre, selon le prononcé de l'OAI du 18 février 2010, dite rente a été accordée en raison d'une maladie de longue durée et non pour les suites d'un accident. Or, l'assurance-accidents ne répond que des atteintes invalidantes d'origine traumatique. De plus, l'avis du Dr SA _____ du 13 juin 2007, admettant une incapacité de travail de 40 % dès le 1er

janvier 2006 dans toute activité en se référant aux conclusions de l'intimée, est manifestement erroné. En effet, le taux de 40 % retenu par l'intimée ne correspond pas à une incapacité de travail de la recourante dès cette date mais à l'atteinte à l'intégrité corporelle. Par ailleurs, il ressort du dossier de l'OAI que la rente a été accordée avant tout en raison de l'hypersomnie et en se fondant sur l'expertise du Dr EB _____, laquelle ne saurait se voir reconnaître valeur probante. Or, comme on l'a vu, l'hypersomnie ne peut être imputée au degré de la vraisemblance prépondérante à l'atteinte accidentelle que la recourante a subie ou à ses suites. Eu égard à ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme aux prestations après le 31 janvier 2008. En effet, l'état de santé de la recourante pouvait également être considéré comme stabilisé à cette période, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'escompter des améliorations significatives par l'instauration de nouveaux traitements. Elle disposait à cette date selon les conclusions des experts d'une pleine capacité de travail dans son activité antérieure de secrétaire- réceptionniste, laquelle est adaptée à ses limitations fonctionnelles. 10. La recourante demande l'audition des Drs I _____ et EG _____. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à

A/438/2012 - 42/43 - l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (KIESER, op. cit. ATSG- Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2ème éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Or, comme on l'a vu, ces médecins ne font état d'aucun diagnostic ou élément que les experts auraient ignorés dans leurs rapports ou permettant de remettre en cause les conclusions de ces derniers. Partant, leur audition n'est pas nécessaire pour statuer dans la présente cause. 11. Mal fondé, le recours sera rejeté. La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGa).

A/438/2012 - 43/43 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.