

GE_GERICHTE A/1920/2012 vom 17. April 2013

GE Cour de justice, 2013-04-17, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1920_2012

FR: GE_GERICHTE A/1920/2012 du 17 avril 2013

IT: GE_GERICHTE A/1920/2012 del 17 aprile 2013

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 17.04.2013
A/1920/2012

A/1920/2012 ATAS/366/2013 du 17.04.2013 (LAA) , REJETE Recours TF déposé le 23.05.2013, rendu le 01.04.2014, REJETE, 8C_383/2013 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/1920/2012 ATAS/366/2013 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 17 avril 2013 4 ème Chambre En la cause Madame C_____, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Gilbert BRATSCHI recourante contre VAUDOISE GENERALE, COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, sise Place de Milan, case postale 120, 1001 Lausanne intimée EN FAIT 1. Madame C_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1976, était employée par X_____ SA en qualité de serveuse du 1 er juin 2006 au 31 mai 2007. A ce titre, elle était assurée pour les risques accident professionnel et non professionnel, ainsi que maladie professionnelle par la Vaudoise générale, Compagnie d'assurances SA (ci-après : la Vaudoise, l'assurance ou l'intimée).! [endif]>! [if> 2. En février 2006, l'assurée a subi une intervention chirurgicale au niveau de la colonne cervicale (discectomie C6-C7 avec mise en place d'une prothèse cervicale effectuée par le Dr L_____, chef de clinique du service de neurochirurgie des HUG) . ! [endif]>! [if> 3. En date du 20 juillet 2006, l'assurée a fait une chute dans les escaliers sur son lieu de travail. Alors qu'elle descendait à la cave, elle a glissé et a essayé de se rattraper en sautant la dernière marche en bas de l'escalier. Elle s'est alors cogné la tête contre une poutre et est tombée à la renverse sur le bas de l'escalier.! [endif]>! [if> 4. L'assurée a consulté le jour-même auprès du service des urgences des Hôpitaux universitaires DE GENEVE (ci-après : HUG) où ont été posés les diagnostics de traumatisme crânien avec perte de connaissance et douleurs cervicales post-traumatiques. Un traitement antalgique complété par le port d'une collerette mousse pour le confort ont été mis en place et un arrêt de travail provisoirement fixé à 10 jours a été prescrit.! [endif]>! [if> 5. Les suites de l'accident ont été prises en charge par la VAUDOISE.! [endif]>! [if> 6. A la demande de LA VAUDOISE, l'assurée s'est notamment soumise à une expertise neurologique confiée au Dr M_____. Dans son rapport du 6 juin 2007, ce spécialiste en neurologie a posé les diagnostics d'hernie discale C6-C7 opérée en janvier 2006 et de polytraumatisme survenu le 20 juillet 2006 avec traumatisme crânio-cérébral mineur, syndrome cervical algique et contusion lombo-sacrée. Du point de vue de l'expert, lesdites affections n'avaient aucune répercussion objective sur la capacité de travail désormais. Le cas de l'assurée relevait d'une histoire trouble et incohérente où les données médicales, une constellation psychologique et des complexités socioprofessionnelles s'intriquaient. Quant au lien de causalité entre les plaintes et les troubles constatés et l'accident, il était de l'ordre du possible. ! [endif]>! [if> 7. Le 2 juillet 2007, l'assurance a rendu une décision par laquelle elle a déclaré mettre un terme à

ses prestations au 30 mai 2007, date du second examen chez l'expert M_____.

8. L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision par acte du 10 juillet 2007.

9. Le 26 juillet 2007, le Dr N_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, mandaté en qualité d'expert par la Vaudoise, a retenu, dans son rapport d'expertise, les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen à sévère (F33.1), de traits de personnalité anankastique et dans une moindre mesure histrionique. L'hernie cervicale avait fragilisé tout le système psychique de l'assurée, car la maladie était perçue comme une blessure narcissique importante. L'accident de juillet 2006 était un autre événement extrêmement mal géré par la patiente au vu de l'évolution négative de la symptomatologie. Le fait que les douleurs persistaient avait induit un état anxio-dépressif qui s'était développé en réaction à la non-résolution des douleurs somatiques et cette dépression était en train d'entretenir et de potentialiser les douleurs physiologiques. Il y avait donc un cercle vicieux. D'un point de vue psychique, l'assurée était capable de travailler à 50 %, mais c'étaient surtout les douleurs somatiques qui étaient responsables de l'incapacité de travail. Le diagnostic de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou sociales (F68.0) n'était pas à exclure, mais il n'induisait pas pour autant une incapacité de travail de 100 %. L'expert estimait que la patiente devait impérativement poursuivre son traitement médicamenteux et psychothérapeutique afin d'essayer d'enrayer un immobilisme qui ne ferait qu'aggraver les symptômes. Une reprise de travail à 50 % était à envisager dès la fin octobre 2007 en cas de poursuite de l'amélioration de l'état de santé.

10. Suite à la production de divers documents et à la demande de son assurée, la Vaudoise a confié une expertise pluridisciplinaire au CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE à Nyon (ci-après CEMed). Dans leur rapport du 9 janvier 2008, les Drs O_____, spécialiste FMH en neurologie, et P_____, spécialiste FMH en psychiatrie, ont posé les diagnostics suivants : cervico-brachialgies gauches et lombo-sciatalgies gauches sans substrat somatique démontrable, status après cure de hernie discale cervicale C6-C7 avec mise en place d'un disque prothétique, status après TCC mineur et distorsion/contusion cervicale et probable contusion dorso-lombaire le 20 juillet 2006, personnalité histrionique, dysthymie, un trouble somatoforme douloureux sans comorbidité psychiatrique grave associée. Les céphalées, cervicalgies et dorso-lombalgies apparues dans les suites immédiates de l'accident étaient à mettre en relation de causalité naturelle probable avec ce dernier. Toutefois, le statu quo sine, respectivement ante avait été atteint au plus tard un an après l'événement accidentel.

11. Par courrier du 15 avril 2008, l'assurée a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMed et conclut à la poursuite des prestations de l'assureur et à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise multidisciplinaire. A l'appui de sa position, elle a produit des rapports médicaux des Drs Q_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, respectivement S_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecins traitants de l'assurée, datés des 21 février et 6 mars 2008.

12. La Vaudoise a rejeté l'opposition le 8 mai 2008. Elle a considéré que l'absence de causalité naturelle entre les troubles et l'accident au-delà des suites immédiates de ce dernier devait être confirmée, au vu des conclusions tant du Dr M_____ que de ses confrères P_____ et O_____.

13. Par mémoire du 9 juin 2008, l'assurée a interjeté recours contre cette décision dont elle a requis l'annulation, concluant, sous suite de dépens, à la mise en œuvre d'une expertise médicale somatique et psychique et à la reprise des prestations (frais de traitement et indemnités journalières) dès le 31 mars

2007.!

14. Mandaté pour expertise par le Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent, le Dr R_____ a retenu, dans son rapport du 8 septembre 2009, les diagnostics suivants : status après hernie discale C7-D1 gauche, actuellement oligosymptomatique ; status après cure chirurgicale d'une hernie discale C6-C7 gauche en février 2006 ; status après commotion cérébrale en juillet 2006 ; status après traumatisme cervical par impact traumatique frontal important le 20 juillet 2006 ; hyperprolactinémie médicamenteuse ; status post ovariectomie droite et post grossesse extra-utérine en 2004 ; et status après troubles post traumatiques de l'accommodation (actuellement normalisés).

Les plaintes et les troubles (limités aux cervicalgies et brachialgies gauches) étaient dus de façon probable à l'accident du 20 juillet 2006. L'expert mentionnait, à ce propos, les arguments suivants : adéquation du traumatisme et de son importance ; choc frontal violent au point de provoquer une commotion cérébrale conséquente ; concordance chronologique parfaite, en particulier après un intervalle post opératoire asymptomatique de 6 mois ; absence d'altérations radiologiques post traumatiques visibles (descellement probable partiel de la prothèse, non visible radiologiquement en raison d'une hypomobilité, l'instabilité étant masquée par les contractures musculaires ; ce descellement partiel avait créé les conditions favorables à une prolifération ostéophytaire circonférentielle menant finalement à une ankylose de la prothèse et stimulant la croissance ostéophytaire avec compression radiculaire C7 gauche). Une atteinte dégénérative du segment C6-C7 et la présence d'une prothèse discale étaient mentionnés en tant que facteurs étrangers à l'accident, mais la responsabilité de la symptomatologie actuelle était intégralement attribuée à l'accident eu égard à l'évolution absolument parfaite pendant les 6 premiers mois post-opératoires, à l'importante dégradation qui avait suivi et qui était parfaitement expliquée par les trouvailles radiologiques et l'importance adéquate du traumatisme, alors que rien ne permettait de prévoir l'importance et la gêne de la symptomatologie actuelle chez une patiente bénéficiant d'une évolution normale. Le statu quo sine pourrait être atteint relativement rapidement dans l'éventualité d'un résultat favorable de la réintervention du 22 juillet 2009 effectuée par le Dr L_____ (résection de la prothèse, ablation de la hernie et des ostéophytes, spondylodèse avec cage et plaque). Cet acte était théoriquement susceptible d'éliminer les conséquences défavorables de l'accident. Dans l'éventualité la plus favorable, une reprise du travail pourrait être envisagée trois mois après l'intervention de juillet 2009, soit à fin octobre 2009 en commençant par un 50 %. Dans le cas contraire, il faudrait considérer être en présence d'une aggravation déterminante, le cours de l'affection dégénérative vertébrale ne pouvant rattraper les conséquences néfastes de l'accident du mois de juillet 2006. Une stabilisation de l'état de santé ne pourrait être atteinte avant la fin de l'année, avec une petite réserve concernant la « adjacent level disease » des niveaux C5-C6 (déjà porteurs d'une atteinte dégénérative modérée) et du niveau C7-D1 (porteur d'une hernie discale gauche oligosymptomatique). L'accident avait provoqué un dommage permanent sous forme d'un syndrome cervical chronique, augmenté par des brachialgies gauches. L'expert ne pouvait toutefois pas se prononcer avant début 2010, période à laquelle les résultats de l'intervention de juillet 2009 pourraient être appréciés définitivement sur une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail, ni sur l'exigibilité dans une autre activité professionnelle.

15. Par arrêt du 10 mars 2010, le TCAS a reconnu une pleine valeur probante au rapport du Dr R_____ et a, de ce fait, admis le recours et annulé la décision du 8 mai 2008, constatant que l'assurée avait droit à la poursuite du versement des prestations selon la LAA au-delà du 30 mai 2007. Il a cependant laissé ouverte la question

du lien de causalité entre les troubles psychiques et l'accident assuré dès lors que cela n'avait aucune incidence sur l'issue du litige.![endif]>![if> 16. Faisant suite à l'arrêt précité, LA VAUDOISE a informé l'assurée qu'elle prendrait en charge les frais médicaux et l'indemnisation de l'incapacité de travail pour la période du 1^{er} juin 2007 au 31 décembre 2009 au moins. Pour la suite, l'assurance souhaitait poursuivre l'instruction.![endif]>![if> 17. Par courrier du 27 avril 2010, l'assurée a sollicité le versement des indemnités journalières pour la période de janvier à avril 2010 et a demandé à ce qu'un complément d'expertise soit confié au Dr R_____, dès lors que celui-ci connaissait déjà son dossier de manière approfondie.![endif]>![if> En annexe au courrier précité figurait notamment un compte-rendu établi par le Dr Q_____ le 26 janvier 2010, dont il ressort que l'évolution clinique de l'état de santé de l'assurée avait été favorable après l'intervention du 22 juillet 2009 mais pas autant que ce qui était espéré. Les cervicalgies persistaient de manière relativement importante, s'accompagnant d'irradiations douloureuses dans l'épaule droite. Les brachialgies à gauche avaient nettement régressé, ne descendant plus jusque dans la main. Quant aux troubles fonctionnels du membre supérieur gauche, liés notamment à une faiblesse générale, ils persistaient de manière gênante. A cela s'ajoutaient des épisodes de lombalgies aiguës ou de dorsalgies, limitant beaucoup toutes les activités de l'assurée. La persistance d'un syndrome douloureux permanent nécessitait un traitement antalgique lourd et compliqué en raison de l'intolérance à de nombreux médicaments. L'assurée poursuivait un traitement de physiothérapie, ayant progressivement permis une nette amélioration fonctionnelle de la colonne cervicale, dorso-lombaire et des quatre membres. Une amélioration pouvait encore être espérée suite à la poursuite de ce traitement. S'agissant des conséquences de l'accident assuré, le Dr Q_____ était d'avis que l'assurée garderait, comme séquelles, des douleurs cervicales et des brachialgies gauches ainsi que des troubles fonctionnels de son membre supérieur gauche. Enfin, l'assurée était totalement incapable de travailler et toute reprise d'une activité avait, jusqu'alors, entraîné des douleurs « dramatiques » (sic !). Cela étant, dans les trois mois suivants, l'assurée allait tout mettre en œuvre pour chercher une activité adaptée et compatible avec son état de santé. 18. Dans son courrier du 21 mai 2010, l'assurée a une nouvelle fois réclamé la poursuite du versement des indemnités journalières, cette fois-ci jusqu'au 31 mai 2010.![endif]>![if> 19. Le 21 mai 2010, LA VAUDOISE a informé l'assurée qu'elle acceptait de mandater le Dr R_____ pour un nouveau bilan et lui a transmis les questions posées à ce médecin.![endif]>![if> 20. Par courrier du 31 mai 2010, l'assurée s'est directement adressée au Dr R_____ et lui a posé des questions complémentaires.![endif]>![if> 21. Le même jour, l'assurée s'est déclarée surprise par la décision de LA VAUDOISE de mettre un terme au versement des indemnités journalières avec effet au 31 décembre 2009 alors que l'arrêt du TCAS datait de près de trois mois plus tard. Elle était également d'avis qu'une telle suspension ne pouvait intervenir sans qu'un nouvel avis d'expert fût posé.![endif]>![if> 22. Le 1^{er} juin 2010, l'assureur a informé l'assurée que le Dr R_____ ne pouvait pas la recevoir avant mi-octobre. Dans la mesure où ses prestations étaient suspendues depuis le 1^{er} janvier 2010, elle proposait de procéder à l'avance des prestations par le biais de la police d'assurance maladie de libre-passage. Cependant, ce contrat avait été annulé avec effet au 30 juin 2009 de sorte qu'elle restait dans l'attente d'une détermination de l'assurée quant à l'éventuelle remise en vigueur de cette police.![endif]>![if> 23. Par courrier du 3 juin 2010, l'assurée a rappelé que le TCAS avait invité l'assurance à poursuivre ses versements au-delà du 30 mai 2007. Elle était également d'avis que jusqu'à ce que le Dr R_____ ait rendu son rapport

complémentaire, l'assurance devait poursuivre ses versements tant que son médecin traitant continuerait à la mettre en incapacité de travail et ce compte tenu de l'arrêt du TCAS. Par ailleurs, elle considérait qu'il n'y avait aucun raison de recourir à l'assurance-maladie de libre-passage dès lors qu'il s'agissait d'un cas LAA.![endif]>![if> 24. Le 8 juin 2010, la VAUDOISE a rappelé à l'assurée que les prestations selon la LAA étaient dues lorsque leur justification était établie. Dès lors que le Dr R_____, qui avait vu l'assurée le 5 mai 2009, avait indiqué qu'elle devait être revue au plus tôt au début de l'année 2010, le droit aux prestations n'était plus établi à compter de cette date et ne pourrait l'être que lorsque l'expert aurait revu l'assurée et se serait déterminé.![endif]>![if> 25. L'assurée a maintenu sa position dans un courrier du 11 juin 2010, dans lequel elle a, une nouvelle fois, fait part de son étonnement s'agissant de l'attitude de LA VAUDOISE.![endif]>![if> 26. Par courrier du 16 juin 2010 adressé au médecin-conseil de l'assureur, le Dr Q_____ a indiqué que l'évolution était assez favorable sur le plan fonctionnel et neurologique, la poursuite de la physiothérapie ayant permis une amélioration de la mobilité du rachis dorso-lombaire et une amélioration fonctionnelle des membres supérieurs et des membres inférieurs. L'évolution avait cependant été perturbée par des crises très douloureuses, notamment au niveau lombaire, crises qui étaient déclenchées par des stations assises prolongées ou par des efforts tels que la montée des escaliers. Au cours du mois d'avril, l'assurée avait présenté à trois reprises des crises très violentes, lors desquelles elle était totalement « bloquée ». Ainsi, lors d'un séjour près de Zurich à la fin du mois de mai, elle avait présenté une exacerbation aiguë des douleurs avec une « paralysie » complète des deux membres inférieurs, ce qui l'avait rendue incapable de marcher et nécessité une hospitalisation en urgence au Kantonspital de Winterthur où elle avait séjourné du 22 au 27 mai 2010, date de son transfert à l'hôpital de Beau-Séjour à Genève en service de rééducation.![endif]>![if> 27. Le 28 juin 2010, l'assurée a une nouvelle fois rappelé sa position, à savoir qu'elle exigeait la continuation du versement des indemnités journalières tant que le Dr R_____ ne se serait pas prononcé sur son cas.![endif]>![if> 28. Les rapports de sortie du Kantonspital de Winterthur et de l'hôpital de Beau-Séjour ont été transmis à l'assureur, à sa demande :![endif]>![if> - Selon le rapport de sortie du Kantonspital de Winterthur du 28 mai 2010, un CT des vertèbres lombaires a été effectué mais il n'a pas permis de mettre en évidence de pathologie (telle qu'hernie discale, sténose spinale ou neuroforaminale) permettant d'expliquer les plaintes de l'assurée. Lors du consilium neurologique du 24 mai 2010, aucune origine organique aux plaintes de l'assurée n'a pu être vérifiée. L'IRM cervicale et lombaire du 25 mai 2010 a mis en évidence plusieurs hernies discales au niveau des vertèbres C5/C6, soit au-dessus de la spondylodèse, ainsi qu'au niveau de vertèbres lombaires L6/7, L9/10 et L11/12, sans toutefois de compression des racines nerveuses ou rétrécissement du canal rachidien ou d'autre pathologie intraspinalle comme origine de la faiblesse au niveau des jambes. En présence d'une tendance prononcée à la somatisation, il existait une suspicion en faveur d'un bénéfice secondaire tiré de la maladie. Dès lors que l'assurée n'était assurée en division générale que dans le canton de Genève, elle y avait été transportée par ambulance le 27 mai 2010 pour continuation du traitement stationnaire.![endif]>![if> - Aux termes du rapport de sortie de l'Hôpital de Beau-Séjour du 30 juillet 2010, l'assurée a séjourné dans le service de Neurorééducation des HUG du 27 mai au 16 juillet 2010, date de son retour à domicile. Lors de son séjour, elle a bénéficié de physiothérapie pour la rééducation à la marche et le travail d'équilibre, d'ergothérapie pour le travail des transferts et l'acquisition de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Le bilan a été complété par un

ENMG, qui a confirmé l'absence d'anomalie de la conduction nerveuse périphérique et centrale. Une ponction lombaire a été proposée à l'assurée qui l'a refusée. Pendant le séjour, l'assurée a également bénéficié d'une prise en charge psychologique et psychiatrique. La thymie est restée relativement stable avec la poursuite du traitement antidépresseur habituel. L'assurée est toutefois restée fixée dans des mécanismes psychologiques défensifs participant certainement aux altérations fonctionnelles. De plus, les différentes tentatives pour lui expliquer l'origine et l'évolution des troubles fonctionnels avaient échoués, l'assurée craignant de ne pas être prise au sérieux et persistant dans une explication purement somatique. La capacité de travail à la sortie était nulle.![endif]>![if> 29. Par courrier du 21 septembre 2010, l'assurance a informé son assurée que pour des questions de santé, le Dr R_____ ne pouvait réaliser son expertise mi-octobre de sorte qu'elle était annulée et reportée à une date ultérieure.![endif]>![if> 30. Le 28 octobre 2010, l'assurée a transmis à LA VAUDOISE un avis daté du 20 octobre 2010, dans lequel le Dr Q_____ indiquait que le 9 septembre 2010, elle avait présenté une crise de lombalgies et des douleurs des deux membres inférieurs avec impossibilité de marcher. Grâce à une rééducation intensive ambulatoire, son état s'était nettement amélioré. Le 15 octobre 2010, lors de sa dernière consultation, l'assurée présentait encore des douleurs importantes au niveau des membres inférieurs et au niveau de la colonne lombaire. Elle marchait également anormalement sans canne anglaise. Les troubles fonctionnels des membres supérieurs persistaient de manière assez modérée mais des douleurs des deux poignets, très invalidantes, étaient apparues. S'agissant de la capacité de travail, elle était alors nulle. En raison des récives répétées, de la persistance des troubles fonctionnels des membres inférieurs et supérieurs, des douleurs nécessitant un traitement antalgique lourd, le Dr Q_____ était pessimiste quant à une évolution favorable et il n'imaginait alors aucune reprise d'activité professionnelle pour le moment.![endif]>![if> Dans le courrier d'accompagnement, l'assurée a réitéré sa demande de versement d'indemnités journalières dès le 1er janvier 2010. 31. Par courrier du 4 novembre 2010, l'assurance a rappelé que le Dr R_____ qui a établi son rapport le 5 mai 2009, était arrivé à la conclusion qu'il fallait réévaluer la situation au début de l'année 2010. En outre, ce médecin avait également relevé des pathologies sans rapport de causalité avec l'accident, notamment des dorso-lombalgies. Or, de l'avis de son médecin-traitant, c'étaient ces dernières qui avaient justifié les hospitalisations du printemps et qui continuaient de jouer un rôle à lire le dernier rapport du Dr Q_____. Partant, elle ne pouvait donner suite à la demande de l'assurée de prendre le versement des indemnités journalières.![endif]>![if> 32. Le 6 janvier 2011, l'assurée s'est adressée, sous la plume de son avocat, au Dr R_____ et lui a transmis une série de questions complémentaires à celles que LA VAUDOISE souhaitait lui poser.![endif]>![if> En annexe à ce courrier figuraient notamment les courriers du Dr Q_____ des 26 janvier, 16 juin et 20 octobre 2010 ainsi qu'un certificat établi par le Dr S_____, le 8 décembre 2010, dont il ressort que l'assurée présentait un état dépressif récidivant dans le cadre d'une pathologie vertébrale. Ledit trouble était réactionnel au syndrome douloureux permanent dû aux traumatismes de la colonne vertébrale avec plusieurs interventions chirurgicales. Au cours de l'année 2010, son état dépressif s'était aggravé en raison de la nouvelle crise douloureuse et paralysante ayant entraîné les hospitalisations à Winterthur puis Genève. Pour le Dr S_____, la pathologie somatique entretenait l'état dépressif et influençait négativement la perception de ses douleurs. L'assurée était toujours totalement incapable de travailler et l'évolution était à risque. Copie de tous ces documents a également été adressée à LA VAUDOISE le

6 janvier 2011. 33. Le 17 février 2011, le Dr R_____ a répondu aux questions de LA VAUDOISE et de l'assurée. Après avoir résumé l'état de l'assurée en 2009, lors de la première expertise, et en 2011, ce médecin a indiqué que le statu quo sine n'était pas atteint s'agissant de la symptomatologie résiduelle au niveau cervical, qui était à mettre en lien avec la discopathie C5-C6, qui avait été fortement sollicitée mécaniquement lors de l'accident du 22 juillet 2006. Cette symptomatologie consistait en des cervico-brachialgies gauches. Les lombo-cruralgies liées à deux hernies discales dorso-lombaires n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident et ce depuis le 8 septembre 2009 déjà. S'agissant de la capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé de l'assurée, elle était de 50% avec un rendement de 75%, dans la mesure où l'assurée indiquait pouvoir travailler pendant une heure sans interruption, par exemple dans la vente ou comme caissière, à condition d'éviter la manipulation de charges excédant 6 kg. Concernant l'atteinte à l'intégrité corporelle s'agissant de la symptomatologie cervicale, elle s'élevait à 25%.>![endif]>![if>

34. Par courrier du 24 mars 2011, l'assurée a exigé de l'assurance qu'elle reprît le versement des indemnités journalières, compte tenu des positions des Drs S_____ et R_____>![endif]>![if>

35. Dans un rapport du 5 mai 2011, adressé au Conseil de l'assurée, le Dr Q_____ a rappelé l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Il a notamment déclaré partager les conclusions du Dr R_____. Pour le Dr Q_____, les lombo-sciatalgies n'étaient pas forcément liées à l'hernie discale D11-D12. Elles lui paraissaient plutôt liées à des dysfonctions vertébrales, à un niveau inférieur, ne correspondant pas à des lésions visibles. Il ne comprenait en outre pas le raisonnement relatif à la fin du lien de causalité, que le Dr R_____ avait arbitrairement fixé au 8 septembre 2010 (recte : 2009). Les lombo-cruralgies gauches, qui pouvaient être mises en relation avec l'hernie discale D11-D12, ainsi que les lombosciatalgies, qui ne correspondaient pas à des lésions visibles, étaient apparues directement après l'accident. Elles persistaient et n'avaient jamais disparu. Le lien de causalité n'était donc pas aussi évident objectivement et les hernies discales D11-D12 pouvaient être d'étiologie dégénérative. Les pathologies cervicales et lombaires étaient étroitement imbriquées de sorte qu'il pouvait être estimé que les cervicalgies étaient responsables de 60% et les lombalgies de 40% de l'invalidité de l'assurée. Quant à sa capacité de travail, elle était nulle. Les activités domestiques de l'assurée étaient régulièrement interrompues par des crises douloureuses de plusieurs jours, au niveau lombaire ou cervical. Les troubles fonctionnels du membre supérieur gauche restaient invalidants dans la plupart des activités. La situation évoluait peu, le traitement antalgique était poursuivi à des doses importantes et la physiothérapie, intensive par périodes, n'apportait plus une amélioration marquée. Le pronostic du Dr Q_____ était assez sombre, le syndrome douloureux persistant était d'une telle complexité qu'il était très réticent à une troisième opération.>![endif]>![if>

36. Par courrier du 25 mai 2011, le Dr R_____ a répondu aux questions complémentaires posées par le médecin-conseil de LA VAUDOISE. S'agissant de la capacité de travail, elle s'élevait à 50% mais l'assurée restait limitée pour les mouvements de la nuque et pour les douleurs irradiant dans les membres supérieurs droit et gauche. S'agissant des hernies, il y avait un état antérieur asymptomatique sous forme d'altération ostéophyttaire. Les hernies, en raison de la concordance chronologique, avaient dû se former au moment de l'accident. Cela étant, au vu du caractère inapproprié du traumatisme et de l'amélioration des dorso-lombalgies lors de l'expertise de 2009, le Dr R_____ a arbitrairement fixé l'extinction du lien de causalité au 8 septembre 2009. Concernant le problème cervical, l'assurée devait pouvoir prétendre à une restitution de son état d'avant l'accident et vu l'état

actuel des choses, le statu quo sine n'allait jamais être atteint.![endif]>![if> 37. Le 26 mai 2011, l'assurée a transmis au Dr R_____ le rapport du Dr Q_____ du 5 mai 2011 et lui a demandé son opinion.![endif]>![if> 38. Par courrier du 16 juin 2011, l'assureur a indiqué à l'assurée qu'après avoir soumis les réponses du Dr R_____ à son médecin-conseil, le Dr T_____, il considérait que l'accident avait décompensé de façon déterminante l'état antérieur d'origine malade au niveau cervical et que le statu quo ante vel sine n'allait plus jamais être atteint à ce niveau. Cela étant, son médecin-conseil ne comprenait pas le taux de capacité de travail dans une activité adaptée, fixé à 50% par le Dr R_____. C'est pourquoi, d'autres investigations allaient être effectuées s'agissant de ce point. Dans l'intervalle toutefois, des indemnités journalières pour l'année 2010 allaient être versées à l'assurée.![endif]>![if> 39. Le 4 juillet 2011, l'assureur a demandé au Dr R_____ d'argumenter de manière détaillée, notamment par référence à des limitations fonctionnelles, le taux de 50% retenu.![endif]>![if> 40. Par courrier du 6 juillet 2011, l'assurée a requis le versement, dès le 1 er janvier 2011, d'indemnités journalières en raison d'une incapacité de travailler de 50%. Par ailleurs, dans ce même courrier, elle a indiqué à l'assureur qu'elle ne se sentait pas capable de travailler à 50% en raison de ses douleurs qui restaient importantes. Elle était toutefois prête à tenter une reprise d'activité limitée, mais faisait remarquer que pour une activité telle que vendeuse, une formation était indispensable. Une telle formation, qui durait environ trois mois, devait être prise en charge par l'assureur. Pour le surplus, l'assurée rappelait que ses douleurs cervicales étaient au premier plan par rapport à ses douleurs dorsales, comme cela ressortait notamment de l'avis du Dr Q_____ du 5 mai 2011. Enfin, elle estimait discutable la répartition à raison de 50% pour les troubles cervicaux et de 50% pour les troubles dorsaux.![endif]>![if> 41. Par décision du 11 juillet 2011, l'assureur a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 26'700 fr., correspondant à une atteinte de 25%.![endif]>![if> 42. Le 12 juillet 2011, l'assureur a informé l'assurée qu'il n'entendait pas verser d'indemnités journalières à compter du 1 er janvier 2011. En effet, selon les pièces médicales son état de santé était stabilisé, ce qui faisait naître l'examen du droit à la rente et cesser le droit au traitement médical et aux indemnités journalières. L'assureur indiquait enfin qu'il se réservait le droit de se joindre à l'expertise pluridisciplinaire demandée par l'assurance-invalidité à la Clinique Romande de réadaptation de Sion.![endif]>![if> 43. Par courrier du 12 juillet 2011 également, outre l'avis du Dr Q_____ du 5 mai 2011 déjà remis, l'assurée a transmis les documents suivants :![endif]>![if> - Un bref avis du Dr Q_____ daté du 7 juillet 2011, dans lequel ce médecin indiquait qu'il estimait l'assurée totalement incapable de reprendre une activité professionnelle, même adaptée, répétant pour le surplus que, selon lui, le problème cervical, qui représentait 60% du handicap général, restait prédominant ;![endif]>![if> - Un rapport du Dr S_____ du 1 er juillet 2011, dans lequel ce médecin s'alignait sur les conclusions du Dr R_____ s'agissant d'une reprise à 50% avec un rendement de 75%. Selon le Dr S_____, le status psychiatrique de l'assurée dépendait fortement du status somatique et de l'intensité des douleurs, l'état dépressif anxieux décrivant une courbe suivant régulièrement les hauts et les bas du status somatique. Il s'agissait ainsi clairement d'un état dépressif réactionnel à la pathologie somatique et aux douleurs intenses dont l'assurée souffrait depuis l'accident et les interventions chirurgicales successives. L'assurée avait placé une valeur énorme et primordiale sur sa capacité de travail et son indépendance économique, d'où son effondrement suite à son incapacité de travail prolongée. Pour le Dr S_____, l'assurée devait pouvoir bénéficier d'une demi-rente de

l'assurance-invalidité (50%) et de mesure de réadaptation professionnelle afin de pouvoir entreprendre une activité professionnelle dans la vente ou dans un travail de bureau. S'agissant du traitement médicamenteux, il consistait, outre le traitement prescrit sur le plan somatique, en un traitement antidépresseur et anxiolytique.!

44. Par courrier du 3 août 2011, l'assurée a contesté que son état de santé devait être considéré comme stabilisé en janvier 2011, comme cela ressortait des deux courriers du Dr Q _____, des 5 mai et 8 juillet, dans lesquels ce médecin indiquait que l'assurée continuait à souffrir de manière prépondérante au niveau cervical. Par ailleurs, une éventuelle activité à 50% comme vendeuse ou caissière, avec une baisse de rendement supplémentaire de 25% telle qu'elle avait été prévue par le Dr R _____ dans son rapport du 17 février 2011 apparaissait irréalisable au vu des éléments précités. Partant, elle sollicitait la reprise du versement des indemnités journalières, interrompu à tort le 1^{er} janvier 2011, ainsi que la prise en charge des frais médicaux.!

45. Le 16 août 2011, l'assurance a indiqué que si elle avait versé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, conformément au souhait de l'assurée, c'était bien parce que son état de santé était considéré comme stabilisé. La question de l'incapacité de travail, respectivement de gain, restait toujours d'actualité et le Dr R _____ n'avait pas fourni les explications complémentaires sollicitées. Partant, elle allait se joindre à l'expertise pluridisciplinaire mise en place par l'assurance-invalidité auprès de la CLINIQUE ROMANDE DE READAPTATION (CRR) à Sion.!

46. Par courrier du même jour, LA VAUDOISE a transmis à la CRR une série de questions liées à l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, en tenant compte des seules séquelles accidentelles, à savoir l'atteinte au niveau cervical.!

47. Le 22 août 2011, la CRR a refusé la participation de l'assureur, lui indiquant qu'elle refusait systématiquement les mandats comportant des questions ayant trait à la causalité accidentelle, se cantonnant ainsi aux seules questions portant sur la capacité de travail et l'exigibilité, toutes pathologies confondues.!

48. Ayant appris que LA VAUDOISE ne pouvait pas participer à l'expertise sollicitée par l'OAI, l'assurée a posé ses questions à la CRR par courrier du 5 octobre 2011.!

49. L'assurée a séjourné à la CRR du 25 au 26 octobre 2011.!

Selon le rapport d'expertise du 29 novembre 2011, l'assurée faisait état de douleurs persistantes à trois différents endroits : au niveau cervical, au niveau lombaire et au milieu du dos. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail retenus étaient les suivants : personnalité histrionique (F 60.4), épisode de trouble dissociatif moteur et sensoriel (F44.4-44.6), cervico-brachialgies gauches chroniques (M53.1), status après discectomie C6-C7 par abord cervical antérieur et mise en place d'une prothèse cervicale le 7 février 2006 et status après ablation de la prothèse et spondylodèse en 2009. A titre de diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail, les experts ont retenu un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission (F33.4) et une hyperprolactinémie. S'agissant du système ostéo-articulaire, l'expert-rhumatologue ne pouvait admettre, comme seule anomalie, que les modifications discales C6-C7 (après double opération et mise en place d'une cage intersomatique) et dans une mesure nettement moindre, au niveau C5-C6. Pour le reste, le rachis lombaire, principal site de souffrance à l'anamnèse, ne présentait aucune anomalie, tous les mouvements étant amples et ne montrant aucun indice suggérant une lésion spécifique et notamment un conflit disco-radulaire lombo-sacré. S'il pouvait être admis que l'atteinte cervicale imposât certaines limites quant aux efforts qui pouvaient être exigés de l'assurée, tant en termes de maintien de la posture (une heure avant de pouvoir changer de position) que de port de charges (pas de charges supérieures à 5kg de façon répétée), il fallait toutefois retenir

qu'une activité pouvait être exercée, à plein temps. L'expert-rhumatologue ne voyait en effet pas pourquoi la gestion d'un établissement public, par exemple, devait être limitée. Cette appréciation de la capacité de travail devait remonter au début de l'année 2010, soit cinq mois après la seconde intervention sur le rachis cervical. Quant à l'expert neurologue, il n'a retenu aucune limitation professionnelle du point de vue neurologique pur, les deux ENMG ainsi que des potentiels évoqués moteurs n'ayant pas montré d'anomalie. Pour sa part, l'expert-psychiatre a constaté qu'alors que les plaintes douloureuses et les troubles fonctionnels dominaient subjectivement, aucune anomalie ou lésion susceptible d'expliquer le tableau clinique ou du moins l'intensité des douleurs, n'était objectivée. Les différents points constatés lors de l'examen ont permis à l'expert-psychiatre de retenir le diagnostic de personnalité histrionique, existant antérieurement à l'accident assuré mais n'ayant pas de valeur incapacitante. Cependant la survenue brusque et inexplicable de phénomènes de lâchage des membres inférieurs, des paralysies intermittentes, des troubles de la vue, des modifications de l'ouïe ou de l'odorat, phénomènes fugaces, ainsi que la perte de connaissance dans un contexte émotionnellement chargé orientaient vers le diagnostic d'épisode dissociatif. Le trouble de la personnalité n'avait en soi pas de valeur incapacitante mais prédisposait aux épisodes de dissociations et à l'expression douloureuse et entraînait des obstacles à une activité professionnelle. Lors de son séjour à la CRR, l'assurée ne présentait certes pas de diminution de la capacité de concentration et d'attention, son élan vital était conservé mais le risque d'absentéisme et de crises sur le lieu de travail était très élevé, de même que sa capacité d'établir des relations adéquates avec un éventuel employeur. La capacité de travail était ainsi nulle sur le marché premier du travail. Cependant, sous forme de mesures de réinsertion socio-professionnelle, dans un environnement protégé, la capacité de travail serait de 50% au moins. Le processus de chronicisation pouvait ainsi être interrompu et l'évolution favorable chez l'assurée qui disposait des ressources qu'elle peinait à mobiliser seule. Une réévaluation était indiquée dans un délai de six à huit mois après mise en route d'éventuelles mesures. Sur le plan thérapeutique et médicamenteux, le traitement était adéquat. L'assurée a également participé à une évaluation dans les ateliers professionnels, au terme de laquelle les responsables ont considéré que si elle s'était globalement avérée coopérante, à tout le moins dans le discours, les constatations étaient plus nuancées, voire même discordantes, notamment en ce qui concernait les schémas de marche et la boiterie, qui ne paraissaient pas être sous-tendus par des lésions somatiques authentifiées. Le comportement général était émaillé de plaintes très démonstratives et d'un discours ambigu, où elle exprimait sa volonté de se réinsérer socio-professionnellement et démontrait, en même temps, par son comportement, qu'elle ne serait pas en situation d'exercer une activité professionnelle quelconque. Les résultats obtenus lors des activités proposées, ne comportant pas de contraintes posturales majeures ni de contraintes d'exercice de force de préhension, restaient très satisfaisant tant en termes de qualité d'exécution qu'en termes de vitesse d'exécution. Les responsables des ateliers professionnels concluaient cependant qu'il était peu probable que dans le contexte actuel, l'assurée pût réellement adhérer à un processus de réadaptation professionnelle. Son comportement très démonstratif et sa victimisation représentant en effet des facteurs pronostics négatifs de réintégration dans un emploi. C'étaient ainsi des facteurs non somatiques qui paraissaient interférer et limiter sa capacité d'adhésion à un projet de réadaptation professionnelle. En guise de conclusion, les médecins de la CRR ont considéré que les constatations objectives sur le plan somatique n'expliquaient pas les troubles allégués. Ils admettaient cependant que l'activité de

serveuse/barmaid n'était plus exigible et que les positions difficiles, notamment le porte-à-faux ainsi que le lever et le port de charges de plus de 5 kg étaient à proscrire. Ils rappelaient qu'une activité adaptée était exigible dès le 1^{er} janvier 2010. Sur le plan psychiatrique, la situation était bien plus complexe. Le diagnostic de trouble de la personnalité histrionique permettait de mieux comprendre les nombreuses discordances du dossier et notamment les avis divergents entre les experts antérieurs et les médecins traitants. La capacité de travail était nulle depuis le mois de juillet 2011. Les éléments du dossier étaient cependant insuffisants et/ou trop divergents pour permettre une appréciation conclusive de la capacité de travail entre juillet 2006 et l'expertise mais il devait être admis qu'elle ne dépassait pas 50%. 50. Se fondant notamment sur le rapport de la CRR précitée et sur les avis du Dr R _____, l'assurée a sollicité, par courrier du 2 février 2012, que la VAUDOISE la mette au bénéfice d'une rente d'invalidité, considérant que les experts de la CRR l'avait déclarée totalement incapable de travailler sur le marché primaire de l'emploi.![endif]>![if> 51. Par décision du 8 mars 2012, l'assureur a relevé qu'une activité adaptée à plein temps était exigible depuis le 1^{er} janvier 2010 de sorte qu'aucune incapacité de travail en lien avec l'accident ne se justifiait. Partant, LA VAUDOISE renonçait à réclamer la restitution des indemnités journalières indûment versées et mettait un terme à ses prestations avec effet au 31 décembre 2010. Aucune rente d'invalidité n'était en outre due, les atteintes à la santé en lien de causalité avec l'accident assuré n'ayant pas de répercussion sur le rendement dans une activité professionnelle adaptée.![endif]>![if> 52. L'assurée a formé opposition à la décision précitée par courrier du 5 avril 2012, considérant notamment qu'il fallait se fonder sur l'expertise judiciaire du Dr R _____ du 8 septembre 2009 et ses compléments des 27 février et 25 mai 2011. Elle a notamment considéré que LA VAUDOISE avait admis l'appréciation du Dr R _____ du 27 février 2011 en ayant versé l'indemnité pour atteinte à l'intégrité correspondant à ce qui était suggéré par ce médecin. Elle estimait par conséquent que sa capacité de travail résiduelle dans une activité adaptée était de 37,5%. L'assurée considérait également que la causalité adéquate entre l'accident assuré et les épisodes dépressifs subséquents était réalisée au vu de la gravité de l'accident en question.![endif]>![if> 53. Par décision sur opposition du 24 mai 2012, l'assureur a confirmé sa décision du 8 mars 2012, considérant tout d'abord que la question de la causalité naturelle entre les troubles de nature organique avait été tranchée par le Dr R _____ dans l'expertise réalisée à la demande du TCAS et que seuls les troubles cervicaux-brachiaux étaient en lien avec l'accident. Sur le plan psychique, les experts du CEMed avaient conclu que les troubles étaient sans rapport de causalité naturelle avec l'accident. Le TCAS, dans son arrêt du 10 mars 2010, n'avait pas entièrement écarté l'expertise du CEMed mais n'avait pas examiné la problématique des troubles psychiques, ceux-ci étant sans influence sur le sort du litige. Dans la mesure où lesdits troubles entraînaient désormais une totale incapacité de travailler, la question du lien de causalité naturelle aurait dû être soumise à l'examen d'un médecin. Cette question pouvait toutefois rester ouverte dès lors que la causalité adéquate n'était pas réalisée, l'accident assuré devant tout au plus être qualifié de cas moyen à la limite des cas de faible gravité, restant objectivement parlant un événement plutôt banal. Quant aux troubles cervicaux-brachiaux, ils n'entraînaient aucune incapacité de travail ni d'invalidité.![endif]>![if> 54. Le 21 juin 2012, l'assurée (ci-après : la recourante) a interjeté recours, concluant, sous suite de frais et dépens, préalablement à l'audition des Drs Q _____ et S _____ et à la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire, dont le volet somatique devra être confié au Dr R _____, et principalement, à l'annulation de

la décision sur opposition querellée et à la condamnation de LA VAUDOISE (ci-après : l'intimée) au versement d'une rente de 100%.! [endif]>! [if> A l'appui de ses conclusions, la recourante estime notamment que seule l'expertise judiciaire du Dr R_____ du 8 septembre 2009, approuvée par le TCAS dans son arrêt du 10 mars 2010 et complétée, d'entente entre les parties, par les rapports des 7 février et 25 mai 2011, peut être prise en considération, ce d'autant plus que l'intimée avait admis l'arrêt du TCAS et l'expertise initiale du Dr R_____ et qu'elle avait confié à ce même médecin le soin de la réexaminer et de compléter son premier rapport en répondant à plusieurs questions. La recourante relève que selon le Dr R_____, les cervicalgies et brachialgies, qui sont en lien de causalité avec l'accident assuré, représentent 50% du handicap global, alors que les lombo-cruralgies, qui représentent les 50% restant, ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 20 juillet 2006. Pour ce médecin, sa capacité de travail est de 50% avec un rendement de 75%, soit avec une incapacité globale de 62,5 %. En tenant compte de tous les critères, la recourante estime présenter une capacité de travail de 31,25 %. La recourante s'étonne également que le Dr R_____ ne retienne la causalité naturelle qu'en ce qui concerne les cervicalgies et non pour les lombo-cruralgies dès lors qu'elle était en bon état général avant son accident. Elle relève en outre que la reprise pronostiquée par le Dr R_____, à raison de 37,5% ne s'était pas concrétisée. Partant, elle conclut à une invalidité totale. Sur le plan psychique, la recourante estime que l'intimée méconnaît à tort la causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiques dont elle souffre et son accident initial. Elle est d'avis que la causalité naturelle ne fait aucun doute et considère qu'une expertise ne semble pas s'imposer mais qu'elle est néanmoins demandée. La recourante considère également que les critères relatifs au lien de causalité adéquate sont réunis, l'accident dont elle a été victime devant être qualifié de grave, ou à tout le moins d'importance moyenne à la limite des cas graves. 55. Le 25 juin 2012, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance juridique.! [endif]>! [if> 56. L'intimée a répondu par écriture du 16 juillet 2012 et a conclu au rejet du recours. A l'appui de sa position, elle rappelle que si elle ne conteste pas le lien de causalité entre les troubles cervico-brachiaux, il n'en va pas de même de la capacité de travail y relative, qui a fait l'objet des décisions querellées. Le Dr R_____ ne s'est pas montré convaincant sur cette problématique en particulier, puisqu'il n'a pas été en mesure d'expliquer, par des limitations fonctionnelles, le ou les taux d'incapacité retenus. L'intimée estime donc que c'est à juste titre qu'elle s'est fondée sur le rapport de la CRR. ! [endif]>! [if> Concernant l'aspect psychique, l'intimée rappelle qu'elle a laissé ouverte la question de la causalité naturelle dès lors qu'elle conteste toute relation de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident assuré, de sorte qu'une expertise apparaît superflue. S'agissant de l'accident en question, il ne peut être classé dans les accidents graves, étant rappelé qu'un accident doit être qualifié de léger, moyen ou grave non pas en fonction des conséquences, mais de son déroulement. L'accident assuré doit ainsi être classé dans les cas de gravité moyenne à la limite des cas de faible gravité, comme c'est le cas pour la plupart des chutes. 57. Une audience de comparution personnelle s'est tenue le 19 septembre 2012. ! [endif]>! [if> Entendue à cette occasion, la recourante a émis des doutes quant au refus d'admettre la causalité s'agissant des dorsalgies mais elle s'est tout de même tenue aux conclusions de l'expertise judiciaire du Dr R_____. S'agissant des troubles psychiques, elle estime que des investigations complémentaires pour déterminer la causalité avec l'accident sont nécessaires. Quant à l'intimée, elle a rappelé qu'elle avait interrogé le Dr R_____ au sujet de la capacité de travail de la recourante compte tenu des problèmes cervicaux uniquement. Comme les

réponses de ce médecin n'étaient pas claires, le médecin-conseil a demandé des précisions qu'il n'a pas jugées convaincantes. Entretemps, l'AI avait ordonné une expertise pluridisciplinaire à la CRR et au vu des conclusions de cette expertise, elle a pu statuer sur la capacité de travail en ne tenant compte que de l'atteinte cervicale. S'agissant des troubles psychiques, l'intimée a rappelé qu'elle avait exclu la causalité adéquate et qu'elle n'avait donc pas examiné la causalité naturelle. 58. Sur ce, la cause a été 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 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 343 consid. 3). 3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA.!

4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité en raison de ses cervico-brachialgies et/ou de ses troubles psychiques, singulièrement sur l'existence d'une incapacité de gain, respectivement sur l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'événement assuré.!

5. Il y a donc lieu de déterminer, dans un premier temps, si la recourante présente une invalidité suffisamment importante pour lui donner droit à une rente.!

a) A teneur de l'art. 18 al. 1 er LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Aux termes de l'art. 8 al. 1 er LPGA, est réputé 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 al 1 er LPGA).

b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration ou l'instance de recours a tout d'abord besoin de documents que le médecin ou d'autres spécialistes doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 , consid. 4; ATF 115 V 133 , consid. 2).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une

opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 , consid. 3; ATF 122 V 157 , consid. 1c). d) 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, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 , consid. 3b/bb). e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 6. a) En l'espèce, il y a tout d'abord lieu de rappeler que la question de la causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles dont souffre la recourante a été tranchée par le Dr R_____, dans son expertise du 8 septembre 2009, à laquelle le TCAS a reconnu pleine valeur probante (voir ATAS/245/2010 du 10 mars 2010) et que seules les cervico-brachialgies sont ainsi en lien de causalité avec l'accident assuré, à l'exclusion des lombo-cruralgies. Partant, la capacité de gain ne sera examinée qu'au regard de ces seules atteintes. b) Cela étant précisé, il y a lieu de déterminer, dans un premier temps, si la recourante présente encore une incapacité de gain en lien avec les cervico-brachialgies dont elle souffre. Pour la recourante, qui se fonde sur les avis du Dr R_____ des 17 février 2011 et 25 mai 2011, elle ne peut travailler qu'à raison de 37,5% (soit 75% de 50%) compte tenu des atteintes à sa santé. Pour sa part, l'intimée se fonde sur le rapport du 29 novembre 2011 de la CRR et considère que la recourante est totalement capable de travailler. Il y a donc lieu de déterminer la valeur probante de ces différentes appréciations médicales. b/aa) S'agissant du rapport du Dr R_____ du 17 février 2011 et de son complément du 25 mai 2011, force est de constater qu'ils ne répondent que partiellement aux requisits jurisprudentiels permettant de leur reconnaître

une pleine valeur probante. En effet, si Dr R_____ a certes fait état des plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique à une date non précisée, ses conclusions sur la capacité de gain ne sont à l'évidence ni motivées ni convaincantes, malgré les réitérées demandes dans ce sens de l'intimée. En effet, dans son rapport du 17 février 2011, le Dr R_____ fait état d'une capacité de travail à 50% avec un rendement à 75% compte tenu du fait que la recourante affirme pouvoir travailler pendant une heure sans interruption. Par courrier du 17 mars 2011, le médecin-conseil de l'intimée a sollicité des explications complémentaires relatives au taux retenu. Il a ainsi rappelé au Dr R_____ que la difficulté du marché n'était pas un aspect médical et lui a demandé son appréciation de la capacité de travail dans une activité adaptée, en argumentant le taux par les limitations fonctionnelles. Faisant suite au courrier du médecin-conseil de l'intimée, le Dr R_____ a précisé, par courrier du 25 mai 2011, que la capacité de travail dans une activité adaptée était de 50%, sans pour autant préciser les motifs à l'appui de cette appréciation. Dans ce complément, le Dr R_____ ne motive toujours pas les raisons pour lesquelles seule une activité à 50% devrait médicalement être reconnue. En effet, on ne sait pas si la recourante doit simplement changer de position après une heure, ce qui ne constitue pas un obstacle à une activité à 100% dans une profession adaptée, ou, si après une heure, elle ne peut plus travailler pendant une heure, ce qui permettrait d'expliquer la capacité de travail à 50%, encore qu'une telle situation correspondrait plutôt à une pleine capacité de travail avec une diminution de rendement de 50% car une capacité de travail à 50% signifie que la recourante devrait être capable d'exercer son activité pendant quatre heures d'affilée ! Partant, les appréciations du Dr R_____ des 17 février et 25 mai 2011 ne disposent d'aucune valeur probante de sorte qu'on ne peut se fonder sur celles-ci pour déterminer la capacité de gain résiduelle de la recourante. b/bb) Quant à l'intimée, elle se fonde sur le rapport de la CRR du 29 novembre 2011 et ses annexes pour considérer que la recourante est totalement capable de travailler dans une activité adaptée. Force est tout d'abord de constater que le rapport précité de la CRR ne saurait être qualifié d'expertise au sens de l'art. 44 LPG. En effet, le nom des experts n'a pas été soumis à la recourante, qui n'a pas eu la possibilité de les récuser. Elle n'a d'ailleurs pas pu poser de questions complémentaires. Cela étant, le fait que le rapport du 29 novembre 2011 ne puisse être qualifié d'expertise au sens de la LPG ne lui ôte pas toute valeur probante. En effet, comme indiqué précédemment, ni l'origine, ni la désignation ne sont déterminants pour la valeur probante d'un rapport médical, mais son contenu. Partant, il y a lieu d'examiner si ledit rapport répond aux réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. La Cour de céans constate que les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport du 29 novembre 2011 se fonde sur des examens complets, qu'il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante, qu'il a été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales est claire et enfin que les conclusions des experts sont bien motivées. Partant, le rapport de la CRR du 29 novembre 2011 dispose d'une pleine valeur probante. Pour les médecins de la CRR, si l'atteinte cervicale impose certes des limitations quant aux efforts pouvant être exigés de la recourante (changement de position après une heure, pas de port de charges supérieures à 5 kg de façon répétée, pas de position en porte-à-faux), il n'en demeure pas moins qu'une activité adaptée peut être exercée à plein temps et ce dès le 1^{er} janvier 2010, soit cinq mois après la seconde intervention sur le rachis cervical. La Cour de céans constate, à ce stade, que cette date n'est pas en contradiction avec l'expertise du Dr R_____ du 8 septembre 2009. En effet, ce médecin avait indiqué qu'il ne pouvait

se prononcer avant début 2010 sur l'existence d'une diminution permanente ou de longue durée de la capacité de travail ou encore sur l'exigibilité d'une autre activité professionnelle. Il y a encore lieu de relever qu'en complément aux examens effectués par les médecins rhumatologue, neurologue et psychiatre de la CRR, la recourante été soumise à une évaluation en ateliers professionnels au terme de laquelle les intervenants ont constaté que les résultats obtenus lors des activités proposées, qui ne comportaient pas de contraintes posturales majeures ni de contraintes d'exercice de force de préhension majeures, restaient très satisfaisants tant en termes de qualité que de vitesse d'exécution. Aucune limitation patente à l'exercice d'une activité professionnelle ne comportant pas de port de charges lourdes de manière répétitives et de contrainte posturales prolongées (60 minutes en position debout statique) avait été constatée. En réalité, des facteurs non somatiques paraissaient interférer et limiter la capacité d'adhésion de la recourante à un projet de réadaptation professionnelle. Au vu des considérations qui précèdent, il apparaît que la recourante est totalement capable de travailler dans une activité adaptée, respectant un certain nombre de limitations. 7. La recourante étant réputée capable de travailler dans une activité adaptée, reste à examiner si ce changement d'activité a entraîné une invalidité, cette notion étant économique.!

a) L'art. 16 LPGA prévoit que, 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. Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient en principe de se placer au moment de la naissance du droit à la rente (ATF 130 V 343 consid. 4). En matière d'assurance-accident, l'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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. Les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue (c'est-à-dire entre le projet de décision et la décision elle-même), doivent être prises en compte (cf. ATF 129 V 222 consid. 4.1, 128 V 174). b) Pour fixer le revenu sans invalidité, il faut établir ce que l'assuré aurait, au degré de la vraisemblance prépondérante, réellement pu obtenir au moment déterminant s'il n'était pas invalide (RAMA 2000 n°U 400 p. 381, consid. 2a). Ce revenu doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à sa santé, en tenant compte de l'évolution des salaires (ATF 129 V 222 , consid. 4.3.1). c) Le revenu d'invalide doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. Lorsque l'assuré ne reprend pas d'activité lucrative, la comparaison peut se faire au moyen de tables statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3a/bb et les références) ou de données salariales résultant de descriptions de postes de travail (DPT) (ATF 129 V 472). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité ou catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction ne doit pas être opérée automatiquement mais seulement lorsqu'il existe des indices qui montrent que l'assuré n'est en mesure, en raison de l'un ou l'autre de ces éléments, de mettre en valeur sa capacité de

travail résiduelle qu'avec des perspectives de gain inférieures à la moyenne. Il convient d'évaluer globalement l'influence de tous les facteurs sur le revenu d'invalidé, la déduction globale maximum admise étant de 25 % (ATF 126 V 75 ; consid. 3b publié à la RAMA 2002 U 467 p. 513 de l'arrêt ATF 128 V 174). Cette évaluation ressortit en premier lieu à l'administration, qui dispose pour cela d'un large pouvoir d'appréciation. Le juge doit faire preuve de retenue lorsqu'il est amené à vérifier le bien-fondé d'une telle appréciation. L'examen porte alors sur le point de savoir si une autre solution que celle que l'autorité, dans le cas concret, a adopté dans le cadre de son pouvoir d'appréciation et en respectant les principes généraux du droit, n'aurait pas été plus judicieuse quant à son résultat. Pour autant, le juge ne peut, sans motif pertinent, substituer son appréciation à celle de l'administration; il doit s'appuyer sur des circonstances de nature à faire apparaître sa propre appréciation comme la mieux appropriée (ATF 126 V 75 consid. 6 p. 81, 123 V 150 consid. 2 et les références p. 152; arrêt M. du 30 avril 2007, I 381/06, consid. 6.1). Le principe de l'obligation de réduire le dommage (cf. ATF 123 V 233 consid. 3c, 117 V 278 consid. 2b, 400 et les arrêts cités; RIEMER-KAFKA, Die Pflicht zur Selbstverantwortung, Fribourg 1999, p. 57, 551 et 572; LANDOLT, Das Zumutbarkeitsprinzip im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, thèse Zurich 1995, p. 61) commande à tout assuré de mettre sa capacité de gain résiduelle à profit en accomplissant une activité lucrative compatible avec son état de santé (ATFA du 7 juillet 2005, U 259/04 consid. 5.2). L'obligation pour l'assuré de diminuer le dommage s'applique donc également en matière d'assurance-accidents (ATF 117 V 400). Le juge ne peut pas se fonder simplement sur le travail que l'assuré a fourni ou s'estime lui-même capable de fournir après l'accident, ceci pour éviter que la victime soit tentée d'influencer à son profit, le degré de son invalidité (ATF 106 V 86 consid. 2 p. 87).

8. a) En l'espèce, il y a lieu de considérer que le droit à une éventuelle rente serait né en 2011, année durant laquelle l'état de santé de la recourante s'est stabilisé, ce qu'admet d'ailleurs cette dernière dès lors qu'elle conclut au versement d'une rente d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 2011. Partant, c'est cette année qui doit être prise en considération pour effectuer la comparaison des revenus. b) S'agissant du revenu sans invalidité, il s'élevait à 40'200 fr. au moment de l'accident, en 2006. En retenant les variations annuelles des salaires nominaux (Indice suisse des salaires nominaux - ISS), le salaire de la recourante se serait élevé à 43'305 fr. en 2011. c) Dès lors que la recourante n'a pas repris son activité après son accident, l'intimée a examiné le revenu d'invalidé sur la base des données statistiques résultant de l'ESS et il n'y a pas lieu de procéder différemment, ce d'autant plus que cette méthode est plus appropriée dans le cas de la recourante (voir notamment ATFA non publié U 106/01 du 5 mars 2002. Selon les données statistiques, le revenu mensuel en 2010, pour une femme exerçant une activité simple et répétitive (niveau 4) était de 4'225 fr. soit un montant annuel de 50'700 fr. Dans la mesure où ce montant représente le salaire mensuel brut (valeur centrale) pour des postes de travail qui ne requièrent pas de qualifications professionnelles particulières, force est d'admettre que la plupart de ces emplois sont, abstraction faite des limitations physiques éprouvées par la recourante, conformes aux aptitudes de celui-ci. Par ailleurs, au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit également convenir qu'un nombre significatif de ces activités sont adaptées au handicap de la recourante. Les salaires bruts standardisés sont calculés sur la base d'un horaire de travail de 40 heures, soit d'une durée hebdomadaire inférieure à la moyenne dans les entreprises en 2010 (41.6 heures: La Vie économique, 1/2 2013, tableau B 9.2 p. 94). Il convient ainsi d'adapter le salaire mensuel. En appliquant l'adaptation nécessaire, le salaire mensuel brut

s'élève à 4'394 fr. soit un salaire annuel brut de 52'728 fr. Indexé selon l'ISS, le salaire mensuel de la recourante se serait élevé à 4'438 fr. par mois soit 53'255 fr. par an en 2011. Par ailleurs, même si l'intimée n'en a pas tenu compte, il y a lieu de retenir un abattement de 10% en raison des limitations fonctionnelles de la recourante. Un taux supérieur ne se justifie pas, la recourante étant encore jeune. Ainsi, après abattement, le salaire avec invalidité de la recourante s'élèverait à 47'930 fr. Par conséquent, le degré d'invalidité de la recourante est nul, le salaire avec invalidité étant supérieur à celui sans invalidité. Même en retenant le taux d'abattement maximum de 25%, ce qui n'est en aucun cas justifié dans le cas d'espèce, la recourante ne pourrait prétendre à une rente d'invalidité ($[43'305 - 39'941] : 43'305 \times 100 = - 7,77 \%$ soit 8% arrondi au nombre entier le plus proche). Partant, c'est à juste titre que l'intimée a nié à la recourante le droit à une rente d'invalidité en raison de ses troubles somatiques. 9. Reste encore à examiner si les troubles psychiques de la recourante justifient une rente d'invalidité. Cependant, dans la mesure où l'intimée nie tout lien adéquat entre lesdits troubles et l'accident assuré, il y a lieu d'examiner cette question dans un premier temps.

a) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, ATF 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence 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, ATF 119 V 335 consid. 1 et ATF 118 V 286 consid. 1b et les références). c) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a). Il n'en va pas de même en cas de troubles psychiques. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6; ATF 117 V 369 consid. 4b; ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques additionnels à une

atteinte à la santé physique, apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). c/aa) La jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6; ATF 115 V 407 consid. 5). Selon la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10.2), lorsque l'accident est insignifiant (l'assuré s'est par exemple cogné la tête ou s'est fait marcher sur le pied) ou de peu de gravité (il a été victime d'une chute banale), l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et d'éventuels troubles psychiques peut, en règle générale, être d'emblée niée. Selon l'expérience de la vie et compte tenu des connaissances actuelles en matière de médecine des accidents, on peut en effet partir de l'idée, sans procéder à un examen approfondi sur le plan psychique, qu'un accident insignifiant ou de peu de gravité n'est pas de nature à provoquer une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. L'événement accidentel n'est ici manifestement pas propre à entraîner une atteinte à la santé mentale sous la forme, par exemple, d'une dépression réactionnelle. On sait par expérience que de tels accidents, en raison de leur importance minimale, ne peuvent porter atteinte à la santé psychique de la victime. Dans l'hypothèse où, malgré tout, des troubles notables apparaîtraient, on devrait les attribuer avec certitude à des facteurs étrangers à l'accident, tels qu'une prédisposition constitutionnelle. Dans ce cas, l'événement accidentel ne constituerait en réalité que l'occasion pour l'affection mentale de se manifester. Lorsque l'assuré est victime d'un accident grave, il y a lieu, en règle générale, de considérer comme établie l'existence d'une relation de causalité entre cet événement et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. D'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, un accident grave est propre, en effet, à entraîner une telle incapacité. Dans ces cas, la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique se révélera la plupart du temps superflue. Sont réputés accidents de gravité moyenne les accidents qui ne peuvent être classés dans l'une ou l'autre des catégories décrites ci-dessus. Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre de tels accidents et l'incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique, il ne faut pas se référer uniquement à l'accident lui-même. Il sied bien plutôt de prendre en considération, du point de vue objectif, l'ensemble des circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme des effets directs ou indirects de l'événement assuré. Ces circonstances constituent des critères déterminants dans la mesure où, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, elles sont de nature, en liaison avec l'accident, à entraîner ou aggraver une incapacité de travail (ou de gain) d'origine psychique. c/bb) Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;![endif]>![if> - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors

de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral!

la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;

les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;

les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;

les difficultés et complications importantes apparues au cours de la guérison ;

et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa). Dans un tel cas, la jurisprudence considère que quatre des critères précités doivent être réunis (ATF non publié 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5, ATF non publié 8C_487/2009 du 7 décembre 2009, consid. 5). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne proprement dit, la réalisation de trois des critères est suffisante (ATF non publié 8C_498/2011 du 3 mai 2012 consid. 6.2.2, ATF non publié 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5) c) En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 366 sv.; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; arrêt U 249/01 du 30 juillet 2002 [RAMA 2002 n. U 470 p. 531]). On rappellera cependant que même en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique selon les critères énumérés aux

ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non ceux énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b (ATF 123 V 99 consid. 2; RAMA 2002 n°U 470 p. 532 consid. 4a). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme du type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (ATFA non publié du 5 octobre 2006, U 385/05; RAMA 2001 n° 412 p. 79 consid. 2b). Cette précision de jurisprudence vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance (ATFA non publié du 30 novembre 2004, U 201/02).

10. a) En l'espèce, force est de constater, à titre liminaire, que les troubles psychiques présentés par la recourante ne font pas partie du tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin » de sorte que c'est à juste titre que l'intimée a examiné le caractère adéquat du lien de causalité en application des critères définis à l'ATF 115 V 133, en tenant compte uniquement des troubles physiques.

b/aa) S'agissant des critères objectifs, il y a lieu de considérer que l'accident du 20 juillet 2006 doit être classé dans les accidents de gravité moyenne. En effet, le déroulement de l'événement en cause - une chute dans les escaliers - et l'intensité des atteintes qu'il a générées - en substance des contusions et des cervicalgies - ne sont pas tels qu'il faille admettre l'existence d'un accident grave (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03). A noter également que notre Haute Cour a eu l'occasion de juger que le fait de souffrir de multiples fractures et de perdre connaissance ne suffisait pas à faire admettre dans un tel cas l'existence d'un accident grave (ATFA non publié U 65/04 du 1^{er} février 2005). On ne saurait cependant classer l'accident assuré à la limite des accidents légers dès lors qu'il ne s'agit pas d'une banale chute, la recourante ayant tout de même été victime d'une commotion avec perte de connaissance. S'agissant des autres critères, il y a lieu de considérer ce qui suit :

- Au vu des pièces du dossier, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes : la recourante a fait une chute dans les escaliers et s'est cogné la tête.

- S'agissant des lésions physiques, elles consistent essentiellement en des contusions et des cervicalgies, dues selon toute vraisemblance à un descellement probable de la prothèse (voir rapport d'expertise du Dr R_____ du 8 septembre 2009). Ni la gravité ni la nature particulière de ces atteintes ne sont propres à entraîner des troubles psychiques.

- Quant au traitement médical, qui consistait, à l'exception de l'intervention chirurgicale du 22 juillet 2009, en de la physiothérapie et la prise d'antalgiques, il n'était objectivement pas continu et lourd, quand bien même le médecin traitant de la recourante, le Dr Q_____, le qualifiait de la sorte en raison de l'intolérance à de nombreux médicaments (voir rapport du 26 janvier 2010).

- Il n'y a par ailleurs pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ni de difficultés importantes apparues au cours de la guérison même si la recourante était intolérante à de nombreux médicaments.

Quant aux douleurs physiques persistantes, elles étaient suffisamment importantes et crédibles pour que les experts mandatés tant par le TCAS (Dr R. _____) que par l'intimée (médecins de la CRR) reconnaissent une incapacité de travail à tout le moins jusqu'au 31 décembre 2010, ce qui constitue d'ailleurs une durée assez longue. Force est donc de constater que seuls deux des critères énoncés par la jurisprudence sont remplis en l'espèce, ce qui est insuffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 20 juillet 2006 et l'affection psychique dont souffre la recourante. Il sera encore précisé que la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique ne permettrait au demeurant pas de modifier l'appréciation de la Cour de céans quant à l'absence de lien de causalité adéquate, ce point étant une question de droit (et non de fait comme celle de l'existence d'un lien de causalité naturelle). Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'octroyer une rente d'invalidité en raison des troubles psychiques. 11. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. Au fond : 2. Le rejette. 3. Dit que la procédure est gratuite. 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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