

GE_GERICHTE A/2142/2005 vom 9. Mai 2007

GE Cour de justice, 2007-05-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2142_2005

FR: GE_GERICHTE A/2142/2005 du 9 mai 2007

IT: GE_GERICHTE A/2142/2005 del 9 maggio 2007

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 09.05.2007
A/2142/2005

A/2142/2005 ATAS/493/2007 du 09.05.2007 (LAA) , PARTIELMNT ADMIS Recours TF déposé le 27.06.2007, rendu le 06.05.2008, ADMIS, 8C_339/2007 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/2142/2005 ATAS/493/2007 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 5 du 9 mai 2007 En la cause Madame P _____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître FAIVRE Jean-Marie recourante contre WINTERTHUR ASSURANCES, chemin de Primerose 11, LAUSANNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître SCHWEIZER Jean-Claude intimée EN FAIT Madame P _____, née le 1967, est éducatrice aux (ci-après: "établissement hospitalier"), dans le cadre des institutions psychiatriques. Le 23 décembre 2000, elle a subi un accident de la circulation en France. Alors qu'elle était à l'arrêt, la voiture qu'elle conduisait, avec ceinture de sécurité, a été heurtée à l'arrière par un autre véhicule. Sous la violence du choc, le dossier du siège de la conductrice a cédé. Le choc a entraîné chez l'intéressée un mouvement d'extension/flexion forcée de la nuque. Elle n'a pas perdu connaissance. D'emblée, elle a senti de violentes céphalées, des nausées et des vertiges, mais a été en mesure de remplir le "constat à l'amiable d'accident automobile", avant d'être conduite pour contrôle chez un médecin local, le Docteur A _____. Les frais de réparation du véhicule accidenté se sont élevés à 10'759 fr. Selon le rapport du 15 février 2001 de la Doctoresse B _____, l'assurée a subi une commotion cérébrale sans perte de connaissance et un coup du lapin ayant entraîné un syndrome vertébral cervical. Elle se plaignait de douleurs, de vertiges, d'intolérance à la lumière et au bruit, de nausées, de difficultés de se concentrer, de troubles de l'équilibre. L'amélioration de son état était excellente. La Doctoresse B _____ a prescrit comme traitement le repos, une minerve, des antalgiques et des myorelaxants, puis de la physiothérapie une fois par semaine pendant plusieurs semaines. L'incapacité de travail était totale dès le jour de l'accident pour une durée indéterminée. Dans son rapport médical LAA du 22 février 2001 à l'attention de la Winterthur Assurances, assurance-accident de l'accidentée, le Docteur A _____ a fait état de douleurs cervicales avec une bonne mobilité. Il a prescrit le port d'un collier cervical, ainsi qu'un examen radiographique. Dans un courrier du 15 mars 2001 à la Doctoresse B _____, le Docteur Frédéric COUSON a constaté que l'intéressée souffrait d'une contusion discale postérieure, paramédiane gauche, connue en C6-C7. Il n'a pas mis en évidence d'autres lésions objectivées. Dans son rapport du 21 mars 2001 à l'attention de la Doctoresse B _____, le Docteur C _____, spécialiste en neurochirurgie, a constaté un syndrome subjectif après coup du lapin ayant entraîné une entorse cervicale assez importante. Selon ce médecin, les frais de réparation élevés du véhicule accidenté démontraient que le choc avait été assez violent. La patiente lui

paraissait tout à fait fiable et motivée, de sorte qu'il proposait une reprise partielle du travail. Dans son rapport du 11 avril 2001 la Doctoresse B_____ a confirmé les diagnostics précédents et y a ajouté une entorse cervicale, une hernie discale C5-C6 avec conflit radiculaire droit. Les vertiges avaient disparu mais les céphalées persistaient et les cervico-rachialgies C5-C6 étaient permanentes. Cette évolution allait en s'améliorant mais était très lente. Aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'avait joué un rôle dans l'évolution du cas. Elle a par ailleurs prescrit une reprise du travail à 20% dès le 26 mars 2001. Dans son rapport du 29 mai 2001, la Doctoresse B_____ a ajouté au diagnostics précédents des cervico-brachialgies droites. L'évolution des symptômes liés à la commotion, à savoir les céphalées et l'hyper-sensibilité au bruit et à la lumière, était bonne, ces symptômes ayant diminué. La patiente était sevrée progressivement de la minerve et des médicaments. Elle pouvait par ailleurs reprendre le travail à 30% dès le 23 avril 2001. L'intéressée a repris ensuite le travail à 40% dès le 5 juin 2001 et à 50% à compter du 11 juin 2001. Le 25 juin 2001, elle a fait l'objet d'une expertise médicale par le Docteur D_____, diplômé d'études relatives à la réparation juridique du dommage corporel et en médecine du travail, à la demande de l'assureur responsabilité civile français, la MACIF. Selon son rapport de la même date, l'intéressée a présenté consécutivement à l'accident en cause "- un traumatisme cervical à type d'entorse radiologique, sans lésion osseuse, traité orthopédiquement, médicalement et par kinésithérapie. Les bilans IRM ont révélé la présence de protrusions discales C5-C6 et C6-C7. Il persiste (en gras dans le texte) ce jour une raideur cervicale douloureuse avec irradiations crâniennes et du membre supérieur droit. La consolidation ne peut être déclarée acquise. Des traitements et une expectative restent nécessaires." (dernière page du rapport) L'expert a également noté dans son rapport que l'expertisée n'a fait état d'aucun antécédent pathologique ni traumatique notable et qu'elle n'avait pas repris les activités physiques de sa profession d'éducatrice (badminton, basket, ski, volley-ball). Elle n'a pas non plus recommencé dans ses loisirs le cyclisme et le ski, ainsi que la chorale. Elle prenait quotidiennement des anti-inflammatoires. Dans son rapport du 17 septembre 2001, le Docteur E_____, spécialiste en neurochirurgie, a diagnostiqué une instabilité post-traumatique C5-C6. Le 18 septembre 2001, la Doctoresse B_____ a attesté que sa patiente avait été en incapacité de travail à 75 % pendant la période du 16 au 28 août 2001 et, dès cette date, à nouveau à 50%. Selon le rapport du Docteur F_____ du 4 octobre 2001, spécialiste en neurochirurgie, qui a examiné l'intéressée le 21 mai 2001 à la demande de son assureur-accident, l'assurée souffre d'un syndrome après traumatisme d'accélération crânio-cervicale, d'une instabilité post-traumatique C4-C5 et d'une spondylarthrose et discarthrose débutante C5-C6. Les plaintes et les troubles constatés étaient dus de façon certaine à l'accident du 23 décembre 2000. Dans la symptomatologie douloureuse, seule une spondylo-discarthrose C5-C6 débutante, préexistante à l'accident, a pu également jouer un rôle, lequel a toutefois été qualifié de faible ou négligeable par l'expert. Quant à des éventuelles altérations dégénératives, elles ne dépassaient guère ce à quoi on était en droit de s'attendre chez une personne du groupe d'âge de l'assurée. L'expert a indiqué à ce sujet qu'on pouvait prendre en compte cette atteinte pro forma comme étant responsable à 10% des symptômes. Le statu quo sine ou ante n'avait pas encore été retrouvé. Car il existait une lésion ligamentaire structurelle qui n'avait pas le même potentiel d'autoréparation que celui, par exemple, d'une fracture. Il fallait s'attendre à ce qu'il persistera toujours une faiblesse locale du segment C4-C5 susceptible de poser un problème lors de sollicitations mécaniques. L'incapacité de travail était de 40% dès le début du mois d'octobre 2001 et de

0% dans les six mois à venir. L'atteinte à l'intégrité a été estimée à 15%. Dans son rapport du 19 décembre 2001, le Docteur G _____, médecin adjoint au service de neurochirurgie des "établissement hospitalier" et du "établissement hospitalier", a fait notamment état de ce que, sous la violence du choc, le siège de la conductrice semblait avoir basculé sur l'arrière. Elle s'était plainte immédiatement après l'accident de vertiges, de nausées, de maux de tête et de cervicalgies. Le Docteur G _____ a par ailleurs noté un canal cervical assez étroit d'une façon diffuse. De l'avis de ce praticien, la patiente pouvait continuer à travailler à 100%, mais devait éviter les sports où elle risquait un mécanisme en hyperextension brusque de la nuque, tel que le ski de piste. Le 12 avril 2002, l'assurée a de nouveau fait l'objet d'un examen par le Docteur D _____. Selon rapport de la même date de ce dernier, elle a été temporairement en incapacité totale de travailler du 24 octobre au 16 novembre 2001, puis à 40% dès le 17 novembre 2001. A partir du 1^{er} décembre 2001, sa capacité était complète. Pour le surplus, les constatations cliniques étaient les mêmes que celles mentionnées dans le premier rapport de ce médecin. Le jour de l'examen du 12 avril 2002, l'état de santé était par ailleurs consolidé. Le 12 juin 2002, le Docteur H _____, neurologue, a diagnostiqué un syndrome post-traumatique subjectif à la suite de l'accident de circulation. Selon ce médecin, aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'avait joué un rôle dans l'évolution du cas. Son évaluation neurologique avait mis en évidence un état de tension musculaire important secondaire au "coup du lapin". Il existait un discret syndrome du tunnel carpien droit. Le 17 juin 2002, la Doctoresse B _____ a mentionné que le traitement consistait toujours en physiothérapie, antalgiques et myorelaxants. Un arrêt de travail de 20% avait eu lieu du 3 au 16 juin 2002 avec une reprise en plein dès le 17 juin 2002. La Doctoresse J _____ a retenu, dans son rapport du 14 octobre 2002, le diagnostic de status après commotion cérébrale et entorse cervicale, ainsi que de hernie discale C5-C6 droite post-traumatique. La mobilité de la nuque était limitée. Le traitement consistait en physiothérapie, antalgiques et myorelaxants. Le travail de nuit était contre-indiqué. La capacité de travail était partielle le jour de l'examen, mais totale par la suite. A la demande de l'assureur-accidents, le Docteur I _____ a procédé à une expertise médicale de l'assurée le 12 décembre 2002. Dans son rapport du 20 du même mois, il a émis les diagnostics de status après distorsion cervicale simple (degré II selon Québec Task Force), syndrome après distorsion cervicale persistant, probable syndrome radiculaire C6 droit sur troubles dégénératifs disco-vertébraux C5-C6 révélés par le traumatisme et discrète atteinte du nerf médian droit au niveau du canal carpien sans signification clinique autre que de possibles paresthésies. Les troubles présentés étaient dus de façon certaine à l'événement accidentel. L'accident avait cependant révélé des altérations dégénératives disco-vertébrales C5-C6 et C6-C7 qui pouvaient en partie expliquer les cervicalgies, en particulier les brachialgies droites et les possibles troubles sensitifs au niveau de la main. L'atteinte du nerf médian droit au niveau du canal carpien était très certainement indépendante de l'accident. Selon l'expert, les altérations dégénératives disco-vertébrales préexistantes jouaient un rôle de 35% dans la symptomatologie. Si celles-ci devaient persister au-delà d'une période de cinq ans à partir de l'accident, le rôle des facteurs étrangers à l'accident atteindrait 80%. Le statu ante ou sine n'était pas atteint. Si de nouvelles incapacités de travail devaient intervenir ultérieurement, celles-ci ne pourraient être considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident, de l'avis de l'expert. A cet égard, l'expertisée lui avait déclaré qu'elle travaillait à 100%, mais avec peine et avec la nécessité de se reposer pendant tout son temps libre pour maintenir sa capacité de travail. Selon l'expert, les suites de l'accident nécessitaient encore

un traitement médical, tel que AINS, antalgiques et physiothérapie (deux fois neuf séances par an). Il n'y avait pas d'invalidité économique à retenir, l'assurée travaillant à 100% même si elle était gênée dans certaines activités professionnelles (la pratique du sport). L'expert a estimé la perte à l'intégrité à 15%. Il a contesté que les radiographies fonctionnelles révélaient une instabilité du segment C4-C5 post-traumatique, comme l'a estimé le Docteur F_____. L'angulation notée à ce niveau était, selon le Docteur I_____, très vraisemblablement liée à la rectitude cervicale inférieure secondaire aux altérations dégénératives disco-vertébrales préexistantes à l'accident. A cet égard, l'expert a relevé, que dans la mesure où les radiographies avaient été effectuées immédiatement après l'accident, les altérations dégénératives disco-vertébrales ainsi visualisées ne pouvaient être considérées comme secondaires au traumatisme, au vu du bref laps de temps écoulé depuis l'accident. Il a également exclu, sur la base de l'étude des documents radiologiques, une aggravation déterminante des lésions disco-vertébrales préexistantes. Les protusions/hernie discale mises en évidence étaient également préexistantes à l'accident. Par courrier du 29 janvier 2003, l'assureur-accidents a informé l'assurée qu'il lui octroiera une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 15% et qu'il prendra en charge les traitements préconisés par l'expert jusqu'au 31 décembre 2005. Par courrier du 25 février 2003 l'assurée a transmis à l'assureur-accidents un certificat médical du 20 février 2003 de la Doctoresse J_____ attestant une incapacité de travail de 50% du 10 février au 11 mars 2003. Dans son rapport du 14 mars 2003, la Doctoresse J_____ mentionne que l'évolution est caractérisée par la persistance de douleurs, de contractures et surtout de dysesthésies des deux mains. La symptomatologie était liée à l'accident exclusivement. Dans le rapport du Docteur K_____ du 1^{er} avril 2003 relatif à une résonance magnétique cervicale effectuée le 31 mars 2003, il est noté une disparition de l'image de hernie sous-ligamentaire C6-C7 à gauche et une discrète accentuation du resserrement du foramen en C5-C6 à droite, ainsi qu'un aspect stable des discopathies en C5-C6 et C6-C7. Le canal cervical était de calibre normal sans évidence de compression nette sur la moelle cervicale. Le 24 avril 2003, le Docteur I_____ a indiqué à l'assureur-accidents que, conformément à son rapport d'expertise, il n'y avait pas d'élément permettant de conclure qu'une nouvelle incapacité de travail puisse être mise en relation avec l'accident. Les dysesthésies dont faisait état la Doctoresse J_____ étaient très vraisemblablement en relation avec une atteinte du nerf médian au niveau du canal carpien et non d'une atteinte radiculaire ou médullaire cervicale. Quant aux hernies discales ou plutôt protusions discales, elles étaient préexistantes à l'accident. Par courrier du 5 mai 2003 à l'assurée, l'assureur-accidents a implicitement refusé la prise en charge de la nouvelle incapacité de travail de celle-ci. Le 15 mai 2003, le mandataire de l'assurée a fait parvenir à l'assureur-accidents un commentaire de sa mandante de l'expertise médicale du Docteur I_____. Il a également demandé si cette assurance acceptait de rembourser les nouveaux frais médicaux engagés et a prié son assurance de ne pas notifier de décision formelle pour l'instant. Dans sa réponse du 23 mai 2003, l'assureur-accidents a refusé de prendre en charge ces nouveaux frais, hormis deux fois neuf séances de physiothérapie par an pendant cinq ans, les AINS et les antalgiques. Les autres frais allaient à la charge de la caisse-maladie. Il lui a par ailleurs donné un ultime délai au 31 août 2003 "pour compléter ou retirer son opposition". Dès le 1^{er} juin 2003, une incapacité de travail de l'assurée de 30% est attestée par ses médecins.. Par décision formelle du 30 septembre 2003, l'assureur-accidents a octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15% et s'est engagé à prendre en charge jusqu'au 31 décembre 2007 les traitements préconisés par le Docteur I_____, tout en relevant qu'elle

accordait une pleine valeur probante au rapport de ce dernier médecin. Selon le rapport d'examen neuropsychologique du 9 octobre 2003 de Monsieur ou Madame. L_____, neuropsychologue, l'examen neuropsychologique ne mettait rien de pathologique en évidence, en dehors d'un ralentissement dans les épreuves psychométriques, ainsi que d'une fatigabilité accrue. Le score de dépression était élevé à l'échelle d'auto-évaluation. Selon la neuropsychologue, il n'existait ainsi pas de contre-indication à l'activité professionnelle de la patiente. Cependant, l'aménagement de certaines pauses dans le cadre du travail et d'un horaire partiel lui semblait indiqué. Le 22 octobre 2003, les Doctoresses. M_____ et. N_____ ont constaté, sur la base de l'examen neuro-ophtamologique pratiqué et des différents examens complémentaires, que la patiente présentait un trouble de type skew déviation en relation avec son accident, compatible avec des problèmes vestibulaires et/ou vasculaires du tronc cérébral. Ces médecins proposaient de réaliser une angio-IRM afin de déterminer si une anomalie vasculaire post-traumatique était à l'origine de ces troubles. Le 29 octobre 2003, l'assurée a formé opposition à la décision du 30 septembre 2003 de l'assureur-accident, pas l'intermédiaire de son conseil, tout en demandant un délai supplémentaire pour sa motivation. L'IRM cérébrale et l'angio-IRM carotidiennes pratiquées le 5 novembre 2003 se sont avérées normales, sans lésions vasculaires ni vestibulaires objectivées. Il n'y a pas non plus d'anomalie du tronc cérébral, selon le rapport du Docteur O_____ du 7 novembre 2003. L'assurée a mis en œuvre une expertise privée par la Doctresse. P_____ du Centre de neurologie de la FONDATION PLEIN SOLEIL. Dans son rapport du 12 décembre 2003, ce médecin a mentionné que, au moment de l'accident, l'assurée était accompagnée par son ami qui occupait le siège passager, et que les deux avaient été attachés. L'ami avait également souffert de cervicalgies et lombalgies dont l'évolution avaient été plus régressives. Son siège n'avait pas été abîmé. Quant à l'assurée, elle souffrait avant l'accident et à titre occasionnel de tensions musculaires avec cervicalgies sans impact sur sa capacité de travail, ni sur la vie quotidienne. Chaque épisode avait été entièrement régressif. Depuis le 1^{er} juin 2003, elle travaillait à 70%. Dans le cadre de son temps de travail, elle devait faire des gardes qui décomposaient sa symptomatologie régulièrement. Elle se plaignait de cervicalgies irradiantes dans les deux membres supérieurs, associées à des paresthésies prédominantes à droite dans le territoire du dermatome C6-C8, de troubles de concentration et de mémoire avec une difficulté à trouver les mots, de labilité émotionnelle et d'une grande fatigabilité, de troubles visuels, d'une sensation de vertiges systématisés, aggravée par l'hyperextension de la nuque, sans nausée, associée à des acouphènes apparus peu après l'accident, et d'une photophobie. Certains éléments laissaient supposer une lésion cérébrale expliquant les dysfonctions au test neuropsychologique de la patiente. L'hypothèse que les douleurs chroniques contribuaient à l'altération des tests de la fatigabilité et des troubles de concentration ne pouvait cependant pas être écartée avec certitude. Dans l'examen de l'existence d'une lésion cérébrale, l'experte a relevé que la relation entre l'atteinte cérébrale et les mécanismes du traumatisme du coup du lapin était très controversée. Il était généralement admis qu'un trouble de vigilance ou une amnésie post-traumatique parlait en faveur d'une lésion cérébrale même sans traumatisme direct. Une série expérimentale admettait que la lésion cérébrale pouvait être entraînée par un traumatisme cranio-cérébral mineur sans perte de connaissance. Les notions de traumatisme induites par application de force rotationnelle pourraient par ailleurs expliquer l'apparition de troubles cérébraux constatés dans certains cas de distorsion cervicale en l'absence de choc crânien associé. Une certaine dysfonction cognitive (attention, trouble mnésique) due à une dysfonction des neurotransmetteurs pouvait

apparaître sous situation de stress. Ce phénomène expliquait la grande fatigabilité des patients lors d'essais de reprise de travail à 100%, sans sieste possible. Selon l'experte, il y avait un lien de causalité naturelle entre les syndromes neuropsychologiques et l'accident "... car la patiente adhérait normalement dans un travail à 100% avant l'accident". Elle a également admis un lien de causalité naturelle avec cet événement en ce qui concerne les troubles visuels (skew deviation), les sensations vertigineuses et les acouphènes. Toutefois, concernant le syndrome cervical, elle a estimé avec le Docteur I_____ que les altérations dégénératives disco-vertébrales visualisées immédiatement après l'accident ne pouvaient être considérées comme secondaires au traumatisme. En revanche, la protrusion discale était avec une vraisemblance prépondérante due à cet événement. L'experte s'était fondée sur ce point sur l'avis du Docteur Q_____, radiologue au "établissement hospitalier", auquel le dossier radiographique avait été soumis. En raison du trouble cognitif et des douleurs chroniques nécessitant une sieste régulière et rendant un travail nocturne difficile, une capacité de travail de 70% lui semblait justifiée, mais sous la rubrique "Thérapie/pronostic", elle a indiqué qu'une reprise de 80 % serait conseillée. Elle a recommandé un traitement par thérapie neurale, suivi d'une physiothérapie et de techniques de relaxation. Enfin, elle a fixé les taux pour atteinte à l'intégrité à 10% pour les troubles visuels, les troubles cognitifs et le syndrome cervical, soit au total à 30%. Le 12 février 2004, l'assurée a motivé l'opposition formée le 29 octobre 2003. Elle a conclu à l'annulation de la décision du 30 septembre 2003 et à l'octroi des prestations légales. Enfin, elle a conclu à la prise en charge des frais d'expertise de la Doctoresse P_____. La recourante a fait valoir que le Docteur I_____ ne s'était pas prononcé en toute connaissance de cause. En effet, concernant la question de l'incapacité de travail, il avait considéré qu'elle avait travaillé au moment de l'expertise, à savoir le 12 décembre 2002, à plein temps et ceci depuis le 23 décembre 2001, alors qu'elle avait été depuis cette date régulièrement en incapacité de travail entre 20 et 100%. L'assurée a insinué ainsi que, sur l'aspect de la capacité de travail, la valeur probante de l'avis de ce médecin était à qualifier de réduite. Le 2 juin 2004, le Docteur I_____ s'est déterminé sur le rapport d'expertise de la Doctoresse P_____, ainsi que les rapports d'examen neuropsychologiques, neuro-ophtalmologique et maxillo-facial. Il a indiqué qu'une proportion mineure de patients victimes d'une distorsion cervicale (2 à 5% selon la plupart des études bien documentées) ne va pas reprendre son activité professionnelle à 100% un an après l'événement accidentel, bien que l'on admette généralement que 50 à 70% des victimes d'un Whiplash cervical continueront à souffrir de plaintes non négligeables au bout de 10 ans, voire de 17 ans après l'accident. En l'absence d'éléments nouveaux justifiant une réappréciation de la capacité de travail, il a ainsi confirmé son rapport précédent. Quant à l'avis du professeur Q_____, selon lequel les protrusions discales n'étaient pas une évolution secondaire aux signes dégénératifs, mais une conséquence de l'événement accidentel, le Docteur I_____ ne voyait pas sur quels éléments ce dernier pouvait se baser pour cette affirmation. Selon le Docteur I_____, il s'agissait d'une hypothèse ne dépassant pas le possible et n'atteignant pas le degré de haute vraisemblance. Il a admis que les altérations dégénératives disco-vertébrales C5-C6 et C6-C7 pussent avoir favorisé l'apparition d'un syndrome radiculaire lors du mouvement d'extension/flexion forcé de la nuque. S'opposant à l'avis de la Doctoresse P_____ sur ce point, il a par ailleurs rappelé que, dans les cas de distorsion cervicale simple, il n'a jamais été démontré de façon certaine l'existence de lésions cérébrales significatives. L'origine exacte des altérations neuropsychologiques rencontrées lors de distorsions cervicales restait jusqu'ici indéterminée. Quant aux

anomalies observées à l'examen neuro-ophtalmologique, celles-ci restaient discrètes et ne sauraient être la cause d'une incapacité de travail. Il a également confirmé son rapport précédent en ce qui concerne la perte de l'intégrité de 15%, dès lors que les altérations neuropsychologiques et neuro-ophtalmologiques rentraient dans le cadre d'un syndrome après distorsion cervicale et dans la perte à l'intégrité y relative. Enfin, il a estimé que la proposition d'effectuer une thérapie neurale n'était pas scientifiquement fondée. Le 22 juin 2004, l'assurée s'est déterminée sur la prise de position du 2 juin 2004 du Docteur I_____. Elle a constaté en premier lieu que cet expert s'était prononcé sans l'avoir de nouveau examinée. Elle lui reproche par ailleurs une connaissance lacunaire du dossier. Le 24 novembre 2004, l'assureur-accidents a informé l'assurée qu'il procéderait à une reformatio in pejus en lui déniait tout droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité et à la prise en charge des frais médicaux. Il lui a accordé un délai au 15 janvier 2005 pour retirer éventuellement son opposition. Cette dernière n'a pas réagi dans le délai imparti. L'assureur-accidents a procédé à une analyse d'accident, afin de répondre à la question de savoir quelles forces, respectivement quelles accélérations ont objectivement agi sur le véhicule que l'assurée conduisait lors de l'accident de la circulation du 23 décembre 2000. Selon le rapport d'expertise du 5 janvier 2005 de Monsieur R1_____, ingénieur HTL, la réponse à cette question est la suivante : "Lors de la collision, la VW a été soumise à une accélération moyenne comprise entre 2,5 et 6,0 g. La différence de vitesse "Delta-v" de la VW due au choc se situait entre 13,3 et 21,3 km/h. Suite à l'impact, la VW n'a pas effectué de rotations. Les occupants de ce véhicule se sont donc déplacés en arrière dans l'habitacle, dans un angle de 0 degré par rapport à l'axe du véhicule. L'éventail des tolérances des résultats a été établi par des calculs qui utilisent des paramètres extrêmes. Les résultats situés près des limites de tolérances (valeurs minimales et maximales) sont donc à considérer comme les moins vraisemblables." Par décision sur opposition du 17 mars 2005, l'assureur-accidents a rejeté celle-ci. Il a par ailleurs procédé à une reformatio in pejus dans le sens que plus aucune prestation n'était allouée au-delà du 31 décembre 2002. Il a cependant renoncé au remboursement des frais médicaux déjà payés. Ce faisant, l'assureur a nié tout lien de causalité entre l'accident et les dysesthésies des deux mains, les hernies discales C5-C6 et C6-C7, ainsi que les troubles neuro-ophtalmologiques. En ce qui concerne les troubles typiques d'une lésion du type coup du lapin, tels que maux de tête diffus, cervicalgies, vertiges, fatigabilité importante, persistance occasionnelle d'une photophobie et persistance des difficultés de mémoire et de concentration, l'assureur a admis la causalité naturelle, mais a nié la causalité adéquate avec l'accident. Il a toutefois admis que les problèmes psychiques n'avaient pas prédominé sur les autres troubles consécutifs à l'accident. L'accident était de gravité moyenne, à la limite d'un accident banal, selon son appréciation. Pour le surplus, il a estimé que les critères déterminés par le Tribunal fédéral des assurances pour admettre un lien de causalité adéquate dans les accidents de ce genre, n'étaient pas remplis. Par acte du 20 juin 2005, l'assurée a interjeté recours contre la décision précitée, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant préalablement à la traduction du tiré à part du cahier 6/2000 de la Nouvelle Revue du droit de la circulation, concernant la problématique du coup du lapin, qui est cité dans l'expertise bio-mécanique, à la charge de l'intimée. Elle a en outre sollicité la mise en oeuvre d'une expertise pluridisciplinaire judiciaire. Principalement, elle a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 30%, à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30%, et à la prise en charge du traitement médical relatif à l'accident dont elle a été victime, sous suite de dépens. Elle a reproché en substance à l'intimée d'avoir nié certaines réalités médicales, ou

de les avoir déformées. Face à des expertises contradictoires, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire. Elle a contesté que l'accident en cause avait été banal et de peu de gravité, en soulignant que, sous la violence du choc, son siège avait cédé. Par ailleurs, immédiatement après la survenance de l'accident, elle avait été prise d'importants malaises. Elle a également mis en doute les conclusions de l'analyse d'accident effectuée par l'intimée, dans la mesure où l'expert n'avait pas été en possession de tous les paramètres utiles à l'exécution d'une telle mission. Dans sa réponse du 30 août 2005, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a notamment relevé que le véhicule de la recourante n'avait pas subi un dommage total. Par ailleurs, les résultats de l'analyse de l'accident effectuée par Monsieur R1 _____, ingénieur HTL et analyste accident, n'avaient pas été infirmés par d'autres analyses techniques. Concernant la demande d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire, elle a fait observer que le rapport d'expertise devait présenter des défauts graves et avoir été établi en méconnaissance des principes jurisprudentiels permettant d'attribuer une pleine valeur probante à une expertise. Or, en l'occurrence, l'expertise du Docteur I _____ ne souffrait d'aucune espèce d'ambiguïté, ni d'aucune lacune. Ainsi convenait-il de se fonder sur l'expertise de celui-ci. Quant à l'accident, elle a réaffirmé que les accidents tels que celui qui s'était produit, étaient considérés comme étant de gravité moyenne, à la limite du cas bénin, en vertu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA). Elle a par ailleurs nié la relation de causalité naturelle entre l'accident et les troubles de la santé persistants, en se fondant sur l'expertise du Docteur I _____. De surcroît, les conditions pour admettre un lien de causalité adéquate n'étaient pas remplies. Par ordonnance du 12 avril 2006, le Tribunal de céans a mis en œuvre une expertise multidisciplinaire et a commis à cette fin le Centre d'expertise médicale à Genève, après avoir donné la possibilité aux parties de se prononcer quant au choix de l'expert, ainsi que les questions à poser à celui-ci. Le 21 décembre 2006, le Centre d'expertise médicale a rendu son rapport interdisciplinaire fondé sur l'entretien avec la recourante sur son examen clinique et rhumatologique par la Dresse R _____, spécialiste en médecine physique et réadaptation-rhumatologie, ainsi que les examens spécialisés otoneurologique, neuropsychologique et psychiatrique. Les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail sont un syndrome cervical avec céphalées et cervicalgies chroniques, ainsi que brachialgies intermittentes sur troubles dégénératifs du rachis cervical activés, après distorsion cervicale en décembre 2000, et troubles neuropsychologiques consistant en troubles de la concentration et fatigabilité intellectuelle. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail sont mentionnées des sensations vertigineuses avec modification de la perception de la verticalité dans le contexte d'une skew déviation en voie de compensation. Les troubles neuropsychologiques et les sensations vertigineuses sont dans une relation de cause à effet certaine avec l'accident. La symptomatologie intermittente des brachialgies gauche et droite sur trouble dégénératif au niveau C5 et C6 et C7 n'est pas liée à l'accident. Aucune atteinte à la santé préexistante n'a joué de rôle en ce qui concerne les cervicalgies du segment supérieur et l'irradiation céphalique. Il n'y a pas d'instabilité C4-C5. En ce qui concerne les protrusions/hernie discale, elles ne sont pas liées au traumatisme. Le statu quo ante ou statu quo sine n'est pas encore atteint, les troubles attentionnels n'ayant pas disparu. Ceux-ci vont probablement persister et sont responsables de la fatigabilité accrue. Les cervicalgies du segment inférieur évoluent maintenant de manière indépendante et ont atteint le statu quo sine. La profession d'éducatrice en psychiatrie est adaptée à l'état de santé de la recourante. La capacité de travail est estimée à 80 %, compte tenu des cervicalgies, des céphalées chroniques et de la

fatigabilité importante d'origine multifactorielle (troubles de la concentration, troubles vestibulaires, douleurs). Il est à cet égard relevé que la recourante travaille à 80 % dès le 1^{er} janvier 2005. L'atteinte à l'intégrité est évaluée à 20 % au maximum, en tenant compte de l'ensemble des douleurs cervicales chroniques, des troubles neuropsychologiques et des troubles vestibulaires. Il s'agit principalement d'un déficit neuropsychologique entraînant une fatigabilité prononcée, les deux autres facteurs s'amendant progressivement. Quant aux rapports d'expertise des Dr F_____, I_____ et P_____, il est relevé que l'appréciation du versant neuropsychologique a été sous-estimé par le passé et que la présence d'une skew deviation prouve la présence d'une atteinte neurologique cérébrale. Toutefois, en ce qui concerne l'instabilité éventuelle au niveau du rachis cervical et le trouble dégénératif préexistant, l'expertise judiciaire rejoint l'argumentation du Dr I_____. Enfin, l'estimation de la capacité de travail par la Dresse P_____ s'est avérée trop restrictive par le vécu de l'assurée elle-même. Se fondant sur cette expertise, la recourante a persisté dans ses conclusions, par écritures du 24 janvier 2007. L'intimée a soumis l'expertise judiciaire à l'appréciation du Dr I_____. Celui-ci a relevé, dans son rapport du 14 février 2007, que ses conclusions d'expertise du 12 décembre 2002 étaient totalement superposables à celles du Centre d'expertise médicale, hormis le fait que l'atteinte présentée par la patiente ne lui paraissait pas correspondre au degré III de la classification des Québec Task Force, étant donné qu'il n'y avait pas d'atteinte neurologique structurelle objectivée. Il a rappelé qu'il avait admis une relation de causalité naturelle certaine entre les troubles apparus dans les suites de l'accident et celui-ci, même si l'importance des plaintes était un peu inhabituelle par rapport au type d'événement accidentel subi. Par ailleurs, il a confirmé une perte de l'intégrité de 15 % pour ce qui concerne les facteurs purement traumatiques, tout en relevant que l'appréciation du Centre d'expertise médicale n'était pas fondamentalement différente, dès lors qu'il retenait une perte de l'intégrité de 20 %. Il a ainsi reconnu que le statu quo ante / sine n'avait pas été atteint, comme cela figurait clairement à la p. 15 de son rapport. Quant à l'incapacité de travail, le Dr I_____ a souligné que la recourante avait travaillé à 100 % à partir du 1^{er} décembre 2001, soit un an avant son expertise, de sorte qu'il n'avait pas eu de raison de retenir une incapacité de travail. S'agissant de l'appréciation de l'incapacité de travail par le Centre d'expertise médicale, les causes retenues pour celle-ci résidaient dans le syndrome post-commotionnel et les troubles neuropsychologiques modérés relevés par les différents neuropsychologues, à savoir les troubles attentionnels et une fatigabilité. Le Dr I_____ a admis que de tels troubles étaient rencontrés dans les suites d'un événement accidentel tel que subi par la recourante. Il a toutefois estimé qu'il était tout à fait inhabituel que le patient puisse reprendre une activité professionnelle complète, puis devoir à nouveau l'interrompre. Il en a conclu qu'il existait d'autres facteurs expliquant cette incapacité de travail et a souligné à cet égard que la recourante avait déclaré au Centre d'expertise médicale que son poste de travail actuel ne la satisfaisait pas, ayant l'impression d'occuper un poste sur une voie de garage, et qu'elle avait demandé une mutation. Par ailleurs, les tests de score de dépression effectués préalablement avaient mis en évidence de forts éléments dépressifs même si un épisode dépressif ou d'autres psychopathologies importantes n'avaient pas été retenues. A cela s'ajoutait, selon le Dr I_____, que les troubles neuropsychologiques présentés par la recourante n'étaient pas spécifiques au traumatisme cervical ou crânien et pouvaient se rencontrer de la même façon lors d'états douloureux chroniques et d'états psychopathologiques. Ainsi, la relation de causalité entre les troubles neuropsychologiques actuels et l'événement accidentel était à considérer comme uniquement possible, mais non

pas probable ou certaine, au vu du manque de spécificité et du fait que l'importance des plaintes et des anomalies dépassait ce que l'on rencontrait habituellement après ce type de traumatisme. Il a en outre souligné que l'importance du traumatisme initial devait être qualifiée de degré mineur. Enfin, en ce qui concerne la dysfonction vestibulaire, le Dr I_____ n'a pas contesté son existence, mais a souligné qu'elle restait objectivement modérée et ne pouvait être considérée comme la cause d'une incapacité de travail. En se fondant sur ce rapport, l'intimée a persisté dans ses conclusions, par écritures du 22 février 2007. Le 26 février 2007, la recourante s'est déterminée sur le rapport d'expertise judiciaire, en persistant dans ses conclusions, sur la base de ce rapport. Le 12 mars 2007, la recourante s'est déterminée sur le rapport du I_____ du 14 février 2007. Elle a notamment argué qu'il n'y avait pas lieu de s'écarter de l'appréciation de l'expertise judiciaire, laquelle avait une pleine valeur probante et avait été établie en connaissance du dossier complet. Elle a également reproché au Dr I_____ de se comporter comme s'il était le mandataire de l'intimée, tout en soulignant qu'il avait été nommé unilatéralement comme expert en violation des dispositions de la procédure civile fédérale qui imposaient de respecter les droits de participation des parties à la procédure, notamment pour la désignation de la personne de l'expert. Elle a enfin relevé que l'expertise judiciaire était le fruit d'une appréciation collective multidisciplinaire, contrairement à celle du Dr I_____. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Est litigieuse en l'occurrence la question du lien de causalité naturelle et adéquate, au-delà du 1er janvier 2003, entre l'accident du 23 décembre 2000 et les atteintes à la santé de la recourante, ainsi que la répercussion des affections consécutives à l'accident sur la capacité de travail et leur taux d'atteinte à l'intégrité. Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, dans sa teneur valable dès le 1er janvier 2003, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Ce droit 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 santé. Par ailleurs, celui qui, par suite d'un accident assuré, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité, sous forme de prestation en capital; celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte et s'apprécie d'après les constatations médicales (cf. art. 24 al. 1 et 25 al. 1 LAA). Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure

administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge 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. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). En l'espèce, la recourante a fait l'objet de plusieurs expertises, notamment par le Dr I _____ et le Centre d'expertise médicale. Cette dernière est récente, interdisciplinaire et repose sur des examens approfondis. Elle remplit assurément les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante, sous une petite réserve exposée ci-dessous. Quant à l'expertise de l'intimée, elle n'a pas emporté la conviction du Tribunal de céans, comme expliqué dans l'ordonnance d'expertise. Néanmoins, il ne saurait en être fait totalement abstraction, dès lors qu'elle a été établie par un spécialiste reconnu et indépendant. a) Le droit aux 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 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet

événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 no U 142 p. 75, consid. 4b). Par ailleurs, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 341 sv., consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury), sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent être de manière crédible attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). a) En l'occurrence, la recourante présente une symptomatologie typique d'un traumatisme du type "coup du lapin". Elle se plaint en effet toujours de cervicalgies permanentes, fatigue, maux de tête, vertiges et troubles visuels. Par ailleurs, son humeur est légèrement modifiée. Cela étant, en vertu de la jurisprudence en la matière, il y a lieu de retenir une causalité naturelle entre ces symptômes et l'accident, sauf en ce qui concerne les brachialgies et paresthésies, lesquelles sont dues à des atteintes dégénératives préexistantes au niveau de C5-C6 et C6-C7. Celles-ci étaient cependant asymptomatiques avant l'accident et ont été décompensées par cet événement. a) Le droit aux prestations présuppose en outre un lien de causalité adéquate. Il s'agit d'une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. 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 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents 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, 117 V 365 en bas consid. 5d bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39). b) Lorsque l'assuré a été victime d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 no U 341 p. 408 consid. 3b).). Les critères les plus importants sont les suivants : Les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; La gravité ou la nature particulière des lésions physiques ; La durée anormalement longue

du traitement médical ; Les douleurs physiques ; Les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; Les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; Le degré et la durée de l'incapacité de travail. Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 117 V 384 consid. 4c ; Arrêt du TFA du 28 décembre 2004, U 127/03). En revanche, si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 470 p. 532 consid. 4a, 1995 p. 115 ch. 6; ATFA non publié du 13 septembre 2005, U 237/04). a) En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante n'a pas présenté des troubles psychiques majeurs à la suite de l'accident en cause. Il ne saurait dès lors être considéré que les lésions consécutives à l'accident aient été reléguées au second plan par rapport aux atteintes psychiques apparues. Par conséquent, la causalité adéquate est à examiner sur la base de critères établis par notre Haute Cour aux ATF 117 V 366 . b) Selon l'analyse d'accident effectuée par l'intimée, la différence de vitesse entre les deux véhicules, au moment du choc, se situait entre 13,3 et 21,3 km/h. Sous la violence du choc, le siège de la conductrice a basculé sur l'arrière. Par ailleurs, les frais de réparation du véhicule sont relativement importants, à savoir supérieurs à 10'000 fr. Il est à relever également que la recourante a d'emblée ressenti des violentes céphalées, des nausées et des vertiges, nécessitant un contrôle médical. Cela étant, il convient d'admettre que la recourante a subi un accident d'une gravité moyenne, à la limite inférieure proche des accidents de peu de gravité. b) Les circonstances n'étaient pas dramatiques ni particulièrement impressionnantes. La recourante n'a pas non plus subi des lésions particulièrement graves et n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. En revanche, les lésions subies sont de nature particulière, s'agissant d'un tableau typique du coup du lapin. c) La recourante souffre toujours d'un syndrome douloureux cervical avec céphalées et cervicalgies chroniques. En outre, elle est affectée par des troubles neuropsychologiques qui consistent en troubles de la concentration et fatigabilité intellectuelle, ainsi que sensations vertigineuses, avec modification de la perception de la verticalité dans le contexte d'une skew deviation, et acouphènes par intermittence. Cela étant, le critère de douleurs persistantes doit être admis, de l'avis du Tribunal de céans. d) S'agissant du degré et la durée de l'incapacité de travail consécutive à l'accident, il est à

relever que la recourante était en incapacité de travail totale pendant trois mois et n'a pu reprendre le travail que petit à petit. Jusqu'au 1^{er} décembre 2001, elle était en incapacité partielle de travailler. Après avoir repris son activité professionnelle à 100 % à cette dernière date, elle était de nouveau à plusieurs reprises en incapacité de travail totale ou partielle, jusqu'à ce qu'elle diminue son taux d'activité à 70 % à partir du 1^{er} juin 2003. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que la recourante a subi, consécutivement à l'accident, une longue durée d'incapacité de travail. e) Il convient par ailleurs de constater qu'elle a fait l'objet de multiples investigations et traitements médicaux (port d'une collerette, AINS, antalgiques myorelaxants, physiothérapie). Le critère d'une durée anormalement longue du traitement médical est par conséquent également donné. f) En raison de la persistance des douleurs et la durée de l'incapacité de travail, ainsi que du traitement médical, le Tribunal de céans considère qu'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé, laquelle est essentiellement physique, existe in casu au-delà du 1^{er} janvier 2003. Il convient dès lors de déterminer si les atteintes persistantes consécutives à l'accident ont provoqué une incapacité de travail durable ouvrant le droit à une rente. a) Cela est admis par l'expertise judiciaire, mais contesté par le Dr I_____. Toutefois, au moment de l'examen de la recourante par ce dernier, celle-ci travaillait à 100 %, même si elle présentait régulièrement des périodes d'incapacité de travail. Ce n'est qu'après l'expertise du Dr I_____ qu'elle a réduit son taux de travail à 70 %. Aussi convient-il, de l'avis du Tribunal de céans de se fonder sur l'expertise judiciaire, laquelle est plus récente et pluridisciplinaire, et d'admettre une incapacité de travail de 20 %, laquelle correspond en l'occurrence également au degré d'invalidité. b) Le droit à la rente prend naissance, selon l'art. 19 al. 1 LAA, dans sa teneur dès le 1^{er} janvier 2003, 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 dès que les éventuelles mesures de réadaptation ont été menées à terme. Le droit aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. En l'espèce, les douleurs et troubles se sont certes encore amendés ces dernières années. Toutefois, cette amélioration ne saurait être qualifiée de sensible. Par ailleurs l'examen neuropsychologique pratiqué en 2003 est superposable à celui auquel a procédé le Centre d'expertise médicale en 2006. Enfin, l'incapacité de travail de la recourante a beaucoup varié jusqu'au 1^{er} juin 2003, date à laquelle elle a réduit son taux d'activité à 70 %. Compte tenu de ces circonstances, il y a lieu d'admettre une stabilisation de l'état de santé dès cette date. Par conséquent, la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité à partir de ce moment. Jusque là, elle a droit aux indemnités journalières pendant les périodes d'incapacité de travail à due concurrence du degré de celle-ci. Il sied également de déterminer si la recourante peut prétendre à une atteinte pour atteinte à l'intégrité. Aussi bien le Dr I_____ que les experts judiciaires admettent une atteinte durable en relation de causalité naturelle avec l'accident. Leurs avis divergent cependant sur le degré de celle-ci. L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). En l'occurrence, le Dr I_____ a évalué l'atteinte à l'intégrité à 15 %, alors que le Centre d'expertise médicale l'a estimée à 20 %, sur la base l'annexe 3 de l'OLAA. Le Centre d'expertise médicale a tenu compte essentiellement des

troubles neuropsychologiques, mais également des douleurs cervicales chroniques et des troubles vestibulaires. Il admet toutefois que ces deux derniers facteurs s'amendent progressivement. Par ailleurs, les troubles vestibulaires sont très discrets. Compte tenu de ces circonstances, le Tribunal de céans considère qu'il convient de retenir une atteinte de 15 % seulement, en suivant sur ce point l'expertise du Dr I_____.

Reste à examiner si la recourante a droit au traitement médical au-delà du 1^{er} janvier 2003 et le cas échéant pendant quelle durée. a) Le droit au traitement médical subsiste aussi longtemps que l'on peut attendre de la poursuite de celui-ci une notable amélioration de l'état de santé. (ATF 116 V 44, consid. 2c). Les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médicaux sont en outre différentes selon que l'assuré est ou n'est pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 45, consid. 3b). Tant qu'une rente n'est pas allouée, hypothèse visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de celui-ci. Il n'est pas nécessaire que le traitement soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. Lorsqu'une rente d'invalidité a été accordée, un traitement ne peut cependant être pris en charge qu'aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA. Selon celles-ci, l'assuré doit souffrir d'une maladie professionnelle ou les mesures médicales doivent permettre de conserver la capacité résiduelle de gain ou de l'améliorer ou d'empêcher une notable diminution de celle-ci. b) Compte tenu de ce que la recourante peut prétendre à une rente d'invalidité à partir du 1^{er} juin 2003, comme exposé ci-dessus, elle a droit à la prise en charge du traitement médical jusqu'à cette date. Pour la période subséquente, il convient de considérer que le traitement médical n'a pas amélioré la capacité résiduelle de gain, celle-ci étant restée stable. Il est douteux également qu'il ait empêché une notable diminution de cette capacité. Le Tribunal de céans est dès lors de l'avis que le traitement médical n'est plus à la charge de l'intimée au-delà du 31 mai 2003, d'autant plus que les antalgiques et la physiothérapie sont également nécessaires pour des atteintes à la santé qui ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'accident, comme relevé par le Centre d'expertise médicale. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens. **PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES** : Statuant (conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ) A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : L'admet partiellement. Annule la décision sur opposition de l'intimée du 17 mars 2005. Octroie à la recourante les indemnités journalières proportionnelles à son incapacité de travail certifiée jusqu'au 31 mai 2003. Lui octroie une rente correspondant à une invalidité de 20% dès le 1^{er} juin 2003. Lui octroie des prestations médicales jusqu'au 31 mai 2003. Lui octroie une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 %. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens. 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); 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 Claire CHAVANNES La Présidente : Maya CRAMER 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.