

GE_GERICHTE A/3066/2015 vom 14. Juli 2016

GE Cour de justice, 2016-07-14, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3066_2015

FR: GE_GERICHTE A/3066/2015 du 14 juillet 2016

IT: GE_GERICHTE A/3066/2015 del 14 luglio 2016

Erwägungen

E. 6

ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée Meyrin, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN Recourante contre ALLIANZ SUISSE, SOCIÉTÉ D'ASSURANCES SA, sise Richtiplatz 1, Wallisellen intimée EN FAIT

1. Mme A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1955, mère de trois enfants, mariée, est entrée en Suisse en 1976 après avoir vécu en Espagne; elle est titulaire d'un diplôme de secrétaire médicale et exerçait cette activité auprès de la doctoresse B_____ depuis janvier 2001 ; elle était à ce titre assurée selon la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA) auprès d'Elvia assurances (devenue Allianz suisse, ci-après : l'Allianz).!

2. Le 27 octobre 2001, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation ; son véhicule a été embouti à l'arrière par une voiture; le cas a été pris en charge par l'Allianz. Le rapport d'accident mentionne que l'assurée présente une plaie au cuir chevelu et des douleurs à la nuque. L'assurée a par ailleurs déclaré être ceinturée, mais en raison de la violence du choc avoir heurté le plafond de sa voiture avec sa tête (rapport d'accident du 12 novembre 2011). !

L'assurée a été en incapacité de travail totale depuis le jour de l'accident, régulièrement attestée par le docteur C_____, FMH médecine générale. L'Allianz a pris le cas en charge et versé une indemnité journalière depuis le 30 octobre 2001. L'assurée a été licenciée pour le 30 novembre 2001. 3. L'assurée a subi un traumatisme cranio-cérébral avec possible perte de connaissance de courte durée. Elle a été transférée à l'Hôpital de la Tour où une suture du cuir chevelu en raison d'une plaie a été pratiquée. Le 30 octobre 2001, des radiographies de la colonne cervicale ont montré une absence de fracture ou de tassement identifiable. Par la suite, elle a présenté des nausées, céphalées, photophobie, vertiges, douleurs articulaires, baisse de l'audition et troubles de la concentration et mémoire (rapport du docteur D_____, FMH neurologie, du 14 janvier 2002 et rapports du Dr C_____, des 17 décembre 2001 et 11 avril 2002).!

4. Une radiographie de l'épaule droite du 12 novembre 2001 conclut à un aspect normal de l'épaule.!

5. La déclaration d'accident LAA du 12 novembre 2001 de l'employeur mentionne des blessures à la tête, clavicule, nuque et dos.!

6. Le 17 décembre 2001, le Dr C_____ a attesté, dans un rapport médical initial LAA, suite à un examen du 29 octobre 2001, de nausées, contusions multiples, douleurs éparses et clavicule droite, céphalées, vertiges, cervicalgies, diminution de l'audition, de la mobilité cervicale, troubles survenus à la suite de l'accident.!

7. Le 18 décembre 2001, le docteur E_____, médecin assistant à la permanence de la Tour, a attesté, suite à un examen du 27 octobre 2001, une entorse cervicale et une plaie au cuir chevelu. Le rachis cervical était douloureux, avec contracture de la musculature paravertébrale ; l'assurée se plaignait de céphalées occipitales.!

8. Le 20 décembre 2001, le docteur G_____, FMH chirurgie cervico-faciale, oto-rhino-laryngologie, a attesté après audiogramme, d'une éventuelle

contusion labyrinthique ; les plaintes étaient compatibles avec les suites d'un accident de type « coup du lapin. » [endif]> [if> 9. Le 14 janvier 2002, le Dr D_____, FMH neurologie, a attesté d'un syndrome post-traumatique avec céphalées, troubles de la concentration, de la mémoire et vertiges. L'examen clinique neurologique n'était pas déficitaire ; en revanche, l'électroencéphalogramme révélait un tracé légèrement déstructuré, mal spatialisé et présentant une abondance de rythmes de type musculaire, comme cela pouvait se voir dans les syndromes post-traumatiques. [endif]> [if> 10. Les 10 et 20 avril 2002, le Dr D_____ a conclu à un syndrome post-traumatique. [endif]> [if> 11. Le 15 avril 2002, des radiographies de la colonne cervicale ont montré une attitude antalgique de la colonne cervicale, pas de processus dégénératif significatif et une mobilité réduite, notamment en hyperflexion. [endif]> [if> 12. Le 1^{er} mai 2002, une scanographie dynamique du rachis cervical a conclu comme suit : ces différentes analyses montrent un déplacement antérieur de C1-C2 en rotation droite et un déplacement postérieur de C1-C2 en rotation gauche. On est donc en présence d'une pathologie ligamentaire selon toute vraisemblance. A noter les rapports anatomiques normaux des différentes structures osseuses en rotation neutre. [endif]> [if> 13. Le 15 mai 2002, le Dr G_____ a indiqué un déficit auditif gauche à la suite d'une maladie, un coup du lapin suivi de vertige paroxystique de position et contusion labyrinthique et des lésions dues uniquement à l'accident, malgré une surdité partielle antérieure. [endif]> [if> 14. Le 31 mai 2002, le docteur H_____, FMH médecine interne, a attesté d'une entorse cervicale haute C0-C1-C2 et d'une incapacité de travail totale depuis l'accident. [endif]> [if> 15. Le 15 juillet 2002, le Dr G_____ a conclu à une séquelle du coup du lapin avec persistance de douleurs, de vertiges et de paresthésies au niveau du membre supérieur à droite. [endif]> [if> 16. Le 23 août 2002, le Dr G_____ a certifié de la persistance de douleurs à la nuque, de céphalées et d'une sensation de blocage en tournant la tête. [endif]> [if> 17. A la demande de l'Allianz, le docteur I_____, FMH médecine interne, maladie rhumatismale, a rendu une expertise le 29 octobre 2002 concluant à une incapacité de travail totale de l'assurée et des diagnostics de troubles associés à l'entorse cervicale de stade II avec lésions associées (céphalées, vertiges, dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire) (TAEC stade II), probable état dépressif secondaire aux douleurs chroniques et hypothyroïdie substituée. [endif]> [if> L'expert explique que l'assurée avait, lors de l'accident, subi un violent choc arrière (pas de trace de freinage de la voiture qui l'avait emboutie) et avait percuté fortement le véhicule qui la précédait. Elle avait sa ceinture de sécurité, mais malgré cela elle avait percuté avec sa tête une partie du véhicule ; il s'en était suivi une plaie à la tête et de violentes douleurs cervicales. Il n'y avait pas eu de perte de connaissance prolongée. Des radiographies de la colonne cervicale avaient été pratiquées, et n'avaient pas révélé de fracture. Des lésions associées sous forme de vertiges intermittents, céphalées et hypoacousie gauche s'étaient rapidement installés. Un traitement médicamenteux antalgique avait été introduit. Par la suite, une consultation neurologique n'avait pas révélé de déficit des nerfs crâniens et un EEG avait montré uniquement une activité musculaire augmentée. L'évolution avait été défavorable avec persistance des cervicalgies, des céphalées et des vertiges, et installation d'un état douloureux chronique. Celui-ci avait influencé de façon importante la qualité de vie de l'assurée, avec une impossibilité de reprendre son activité professionnelle d'assistante médicale, un retrait social, un arrêt des activités physiques habituelles et l'installation d'un probable état dépressif. Tous les traitements entrepris (médicamenteux, physiques) avaient échoué ; l'assurée avait toutefois refusé de prendre un traitement d'antidépresseurs à visée antalgique. Au jour de l'expertise,

on pouvait constater un tableau douloureux chronique, avec des cervicalgies, des céphalées et une hypoacousie gauche. Cliniquement, il existait une atteinte de la charnière sous occipitale, avec probable lésion ligamentaire (retard de rotation C2 droit), une dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire droite. L'examen neurologique était normal. On relevait un probable état dépressif, et un retrait social. Les examens radiologiques ne révélaient pas de fracture, mais le CT scan fonctionnel de la charnière sous-occipitale faisait suspecter une lésion du ligament alaire. Cet examen n'était toutefois pas absolu pour détecter une telle lésion, mais cliniquement, il existait des signes pour une telle atteinte. Actuellement, l'état de santé somatique et psychologique de l'assurée était certainement secondaire à l'accident. 18. Le 8 novembre 2002, un Cat scan cérébral a conclu à un status après intervention chirurgicale au niveau de l'oreille moyenne de la pyramide pétreuse à gauche comme décrit ci-dessus sans élément suspect d'une récurrence d'un cholestéatome. Aspect normale de la pyramide pétreuse côté droit. Absence de lésion morphologique au niveau cérébral et cérébelleux autant que nous pouvons nous prononcer sans injection de produit de contraste iodé que la patiente a refusé. Agénésie des sinus frontaux. Concha bullosa bilatérale. 19. Le 5 mars 2003, le Dr G_____ a indiqué qu'il persistait des plaintes multiples typiques d'un coup du lapin. 20. Le 19 mars 2003, le docteur J_____, médecin adjoint à la clinique de neurochirurgie des HUG, a attesté d'une sévère distorsion le 27 octobre 2001 et de multiples symptômes éparpillés dans diverses régions et jusqu'à la crête iliaque droite mais centrés sur les régions cervicales postérieures avec des masses musculaires paravertébrales droites très douloureuses. Symptômes d'accompagnement avec vertiges à la moindre sollicitation, troubles de l'équilibre, impossibilité de marcher sur des talons fins, impression de manque d'air et oppression continue, etc. Sur le plan objectif, la mobilité cervicale était totalement inexaminable, l'approche simple près de la patiente provoquant déjà des débuts de vertige. Spontanément, elle pouvait faire une ébauche de flexion et de rotation gauche. Sur le plan radiologique, clichés cervico-fonctionnels montrant une mobilité minimale à tous les niveaux sans niveau ciblé, ce qui semblait assez logique d'après l'examen clinique, par ailleurs, coupes scanner de la jonction crânio-cervicale démontrant selon le radiologue une possible lésion ligamentaire (c'était probablement le ligament alaire auquel il pensait) qu'il n'affirmerait pas personnellement dans ce cas, la mobilité étant également sur ce plan pratiquement nulle avec un déplacement qui lui apparaissait physiologique des articulations C1-C2 dans ce contexte. 21. Le 22 avril 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité. 22. Le 7 mai 2003, le Dr G_____ indique un status post-opératoire ancien de l'oreille gauche en ordre et des séquelles typiques d'un traumatisme par « coup du lapin. » 23. Le 12 mai 2003, le Dr C_____ a rempli un rapport médical AI faisant état de diagnostics d'entorse cervicale, possible lésion ligamentaire C1-C2, état dépressif secondaire, hypothyroïdie substituée et status après opération cholestéatome (évidemment mastoïdien à gauche). L'incapacité de travail était totale depuis l'accident. 24. Le 14 mai 2003, le docteur K_____, FMH neurologie, a rendu un avis suite à l'examen de l'assurée le 12 mai 2003 : l'assurée souffrait toujours de maux de tête du côté droit exclusivement et irradiant depuis la nuque vers l'avant. Elle souffrait en outre de douleurs à la nuque, également marquées du côté droit, qui irradiaient dans le bras droit et le dos. Elle souffrait toujours de vertiges et était sensible à la lumière. Elle supportait très difficilement toute vibration ou secousse, elle ne pouvait par conséquent plus prendre le bus. Sa mémoire et sa capacité de concentration étaient également limitées depuis l'accident. L'assurée avait subi une blessure

par torsion et compression de la colonne cervicale, ainsi qu'un traumatisme cérébral léger. Suite à ces mécanismes de blessure, elle souffrait aujourd'hui encore d'un syndrome cervical modérément marqué sur la partie centrale et fortement marqué sur la partie supérieure. Les deux étaient présents du côté droit. Il existait de plus des éléments explicatifs relatifs aux douleurs cervicales et maux de tête moyennement marqués. L'anamnèse montrait des signes de troubles cognitifs légers résultant probablement d'une part de la lésion cérébrale légère et d'autre part des douleurs ainsi que des interférences psychiques. Un examen avec scanner fonctionnel de la colonne cervicale effectué le 1^{er} mai 2002 avait révélé une possible lésion ligamentaire de C1/C2. Il prévoyait une IRM fonctionnelle et un examen électro-encéphalographique ; la capacité de travail était nulle.

25. Le 13 juin 2003, une TRM de la colonne cervicale avec tentative d'examen fonctionnel du 2 juin 2003 a conclu à : « - une position étendue et scoliose gauche de la colonne cervicale - en position neutre, dysrotation atlanto-axiale minime avec rotation gauche de l'axe en relation avec l'atlas (cf. images 1 et 5). Ce résultat peut être dû à la position et ne saurait constituer de preuve fiable de la qualité de maladie. Un examen fonctionnel de la patiente s'est révélé impossible. Un examen ultérieur sous sédation et analgésie ne semblait pas non plus utile à la patiente. - pas d'indication d'une discopathie excessive ni de mise en évidence d'une autre pathologie de la colonne cervicale, et plus particulièrement - selon moi pas d'indication d'une lésion ligamentaire du ligament transverse atloïdien ou du ligament alaire - capsules articulaires tendres normales des articulations atlanto-axiales. »

26. Le 17 juin 2003, le Dr K_____ a attesté que les mécanismes de blessure avaient entraîné chez la patiente l'apparition d'un syndrome cervical modérément marqué à droite sur la partie centrale et fortement marqué à droite sur la partie supérieure avec des douleurs cervicales dans cette région ; l'anamnèse indiquait également de légers troubles cognitifs. L'assurée ne pouvait pas effectuer de tâches ménagères éprouvantes pour la ceinture scapulaire, même des tâches légères si celle-ci étaient répétitives et persistantes (par exemple du repassage). Elle pouvait effectuer environ 50 % des tâches ménagères.

27. Le 26 juin 2003, le Dr K_____ a indiqué que l'examen du 2 juin 2003 avait relevé la présence d'une dysrotation atlanto-axiale ; il fallait néanmoins noter que cette dysrotation était déjà visible sur le scanner dynamique du 1^{er} mai 2002, permettant ainsi éventuellement de définir le statut de maladie malgré le caractère incomplet de l'examen. En raison de la forte intensité de la douleur et de la limitation marquée dans ses capacités de travail et de sa qualité de vie, il avait inscrit l'assurée à la clinique de rééducation de Rheinfelden.

28. Le 10 octobre 2003, le Dr G_____ a mentionné qu'il concluait à l'existence probable d'une discopathie cervicale expliquant les douleurs dont se plaignait l'assurée, à un déficit auditif de l'oreille gauche consécutif à un cholestéatome et à un évidement pétro-mastoidien et à un vertige paroxystique de position à droite (cupulo-lithiase).

29. Le 23 décembre 2003, Madame L_____, neuropsychologue, a effectué un bilan ; l'assurée se plaignait de nuchalgies, céphalées, acouphènes, vertiges, difficulté de concentration, d'organisation de la pensée, de blancs, d'oublis, d'incapacité à faire du sport, lire, se concentrer, d'intolérance au bruit et à la lumière. Un tableau anxio-dépressif participait au tableau cognitif déficitaire. Elle a conclu à certains déficits, soit un trouble attentionnel sévère, un déficit en mémoire verbale épisodique, une fatigabilité et un ralentissement sur les tâches intellectuelles.

30. Le 12 janvier 2004, le docteur M_____, FMH oto-rhino-laryngologie, a constaté que l'assurée se plaignait d'un état vertigineux en relation avec des nuchalgies et conclu à un discret nystagmus à composante verticale vers le

bas et une légère altération des épreuves d'oculomotricité, provenant d'une atteinte d'un canal semi-circulaire supérieur ou d'une atteinte cervicale. Une scanographie dynamique du rachis cervical du 1^{er} mai 2002 a montré un déplacement antérieur de C1-C2 en rotation droite et un déplacement postérieur de C1-C2 en rotation gauche. On était donc en présence d'une pathologie ligamentaire selon toute vraisemblance. Un examen de la colonne cervicale du 12 avril 2002 avait conclu à une attitude antalgique de la colonne cervicale. Pas de processus dégénératif significatif. Mobilité réduite notamment en hyperflexion. Un cat-scan de la colonne cervicale du 15 septembre 2005 avait conclu à l'absence de lésion post traumatique. Toutes les structures osseuses étaient indemnes et les articulations étaient bien congruentes. On constatait une minime arthrose facettaire au niveau C3-C4. Aucun rétrécissement des canaux de conjugaison n'était visible, ni uncarthrose. Pas de compression radiculaire.

31. Le 7 avril 2004, les docteurs N_____ et O_____, FMH neurologie, ont rendu un rapport d'expertise à la demande de l'Allianz.

32. Le 11 juin 2004, le Dr C_____ a observé que l'expertise des Drs N_____ et O_____ comportait de nombreuses erreurs et que depuis le 21 avril 1993, date de sa prise en charge, l'assurée ne s'était jamais plainte de migraines.

33. Le 11 juin 2004, le Dr G_____ a indiqué que le déficit auditif, pré-existant à gauche et consécutif à l'otite chronique qui avait justifié une opération en 1999, s'était aggravé par suite de ce qui semblait être une atteinte de l'oreille interne ; la perte auditive n'était pas totale et l'audition était conservée du côté droit. Le Dr G_____ avait conclu à une contusion labyrinthique, c'est-à-dire à une lésion de l'oreille interne, consécutive au choc reçu sur la tête. En ce qui concernait les troubles de l'équilibre qui avaient motivé plusieurs examens spéciaux, ils pouvaient également être attribués à une lésion similaire au niveau des organes vestibulaires de l'oreille interne. L'audition avait peu de chance d'être récupérée au niveau antérieur. Les vertiges et l'équilibre étaient presque toujours passagers, pour autant qu'il n'y ait pas de destruction complète de l'oreille interne (ce qui n'était pas le cas ici). Il existait un dommage permanent avec atteinte à l'intégrité.

34. Le 14 juin 2004, le Dr C_____ a rendu un rapport médical AI concluant à un état stationnaire et à une incapacité de travail totale de l'assurée, celle-ci étant dans l'impossibilité de garder la même position longtemps (limitation de la mobilité cervicale) ; aucune prise en charge psychiatrique n'avait été entreprise ; l'assurée estimait que son état était dû à l'accident.

35. Le 28 juillet 2004, l'assurée a contesté la valeur probante de l'expertise du 7 avril 2004.

36. Le 30 août 2004, le SMR a considéré que l'assurée devait d'abord suivre le traitement recommandé.

37. Par communication du 6 septembre 2004, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a décidé de réévaluer le dossier de l'assurée en janvier 2005 après lui avoir recommandé de prendre contact avec un psychiatre.

38. Par décision du 4 juillet 2005, l'Allianz a réduit l'indemnité journalière dès le 1^{er} janvier 2005 à un taux de 20 % d'incapacité de travail, en se fondant sur l'expertise du 7 avril 2004.

39. Le 26 juillet 2005, l'assurée a fait opposition à la décision précitée en relevant que l'expertise des docteurs N_____ et O_____ du 7 avril 2004 n'avait pas de valeur probante.

40. Le 14 septembre 2005, l'Allianz a informé l'assurée qu'elle prévoyait, suite à son opposition de mettre en œuvre une nouvelle expertise pluridisciplinaire auprès soit du Centre multidisciplinaire de la douleur (CMD) de Genolier soit de la Clinique Romande de Réadaptation (CRR) de Sion.

41. Le 15 septembre 2005, la doctoresse P_____, du service de radiologie et médecine nucléaire de l'hôpital de la Tour, a effectué un CT scan de la colonne cervicale et conclu le 19 septembre

2005 à l'absence de lésion post-traumatique décelée. 42. Le 23 novembre 2005, l'Allianz a écarté du dossier l'expertise du 7 avril 2004. 43. Le 2 décembre 2005, le Dr Q_____, FMH neurologie, a rendu un rapport médical. La région hémicrânienne droite et cervicale était hyperalgique, les mouvements de la nuque étaient fortement limités avec une intolérance à l'extension qui entraînait assez rapidement des vertiges et des malaises ou des phénomènes migraineux avec l'apparition des troubles visuels et des troubles de la concentration. Du bilan radiologique, on ne tirait pas beaucoup de renseignement, dans le sens qu'il n'y avait pas d'hypermobilité manifeste dans les manœuvres de flexion – extension ou inclinaison latérale, l'IRM faite également avec manœuvres dynamiques ne nous apprenait rien de plus et les radios standard non plus. Une échographie du 1^{er} décembre 2005 montrait à droite en V3 des vitesses circulatoires qui doubleraient en position assise avec une discrète hyperextension de la nuque, traduisant certainement la présence d'un obstacle mécanique extrinsèque à la jonction cervico-occipitale ; il s'était probablement développé une allodynie résistante aux traitements antalgiques ; il proposait un traitement médicamenteux. 44. Le 15 décembre 2005, l'assurée a récusé le CMD de Genolier en exposant que le docteur R_____, FMH neurologie, avait une forte réticence à reconnaître les troubles liés à des accidents du type « coup du lapin », que ses expertises étaient contraires à la jurisprudence du Tribunal fédéral (U 287/2004) et que l'indépendance des experts vu la fréquence des expertises réalisées à la requête des assureurs, n'était pas assurée. 45. Par décision incidente du 11 janvier 2006, l'Allianz a mandaté le Centre d'expertise médicale (CEMed) de Nyon pour établir une expertise pluridisciplinaire, la CRR n'acceptant pas le mandat. Elle relève qu'aucun motif de récusation n'est donné à l'encontre du CEMed au sens des art. 22 et 23 LOJ et la jurisprudence. 46. Le 26 janvier 2006, le Dr G_____ a indiqué que le status otologique n'expliquait ni les douleurs cervico-occipitales ni les troubles de l'équilibre déclenchés par rotation de la tête à droite ; l'échodoppler du Dr Q_____ suggérait que les troubles de l'équilibre étaient causés par une ischémie temporaire du tronc cérébral. 47. Le 2 mars 2006, la Dresse P_____, du service de radiologie et médecine nucléaire de l'hôpital de la Tour, a rédigé un commentaire sur la base du Cat scan de la colonne cervicale du 15 septembre 2005 en relevant : « la patiente m'a apporté les examens précédents à sa disposition, comportant essentiellement des coupes reconstruites en coronal et sagittal. J'ai également effectué une reconstruction en 3D de l'ensemble de l'examen en fenêtre osseuse (voir les images accompagnant) et j'ai revu l'examen du 15.09.2005. La seule anomalie trouvée, supplémentaire par rapport à l'examen précédent, est une asymétrie de l'articulation atlo-axoïdienne gauche présente au niveau de sa partie moyenne, un interligne qui mesure 3 mm par rapport aux 2,3 mm du côté droit. Cette région présente un aspect hypodense dont les valeurs de densité sont graisseuses, pouvant correspondre à des séquelles de traumatisme. La congruence articulaire, aussi bien des axes atlo-axoïdien que atlo-occipital et interfaccettaires, est normale, il n'y a pas de rétrécissement des canaux de conjugaison, ni séquelle de fracture osseuse visible. » 48. Le 9 mars 2006, le Dr C_____ a rempli un rapport médical intermédiaire pour l'Allianz indiquant un état stationnaire avec une entorse cervicale avec lésion ligamentaire C1-C2 et un dommage résiduel, soit une dysfonction cervicale sur lésions ligamentaires post-traumatiques. 49. Le 13 mars 2006, le Dr C_____ a attesté d'un état stationnaire avec une mobilité cervicale réduite et algique. Il n'y avait pas de nécessité d'une prise en charge psychiatrique. Des nouveaux rapports démontraient assez clairement l'origine traumatique des plaintes : échodoppler du Dr

Q_____ et radiographies du Dr P_____.! [endif]> [if] 50. Le 31 mars 2006, l'Allianz a fixé à l'assurée un délai pour faire valoir ses motifs de récusation à l'encontre des Drs R_____, S_____ et de Mme T_____, neuropsychologue.! [endif]> [if] 51. Le 19 avril 2006, l'assurée a récusé les médecins du CEMed au motif que leur indépendance et leur impartialité n'était pas garantie; ayant déjà consulté des experts de la région, elle suggérait l'UMEG à Zürich ou MEDAS à Lucerne.! [endif]> [if] 52. Par décision incidente du 8 mai 2006, l'Allianz a constaté qu'aucun motif de récusation ne pouvait être retenu à l'encontre des docteurs R_____, S_____ et de Mme U_____ et les a mandaté pour une expertise pluridisciplinaire.! [endif]> [if] 53. A la demande de l'Allianz, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas de motif de récusation à faire valoir à l'encontre de M. V_____, neuropsychiatre FSP.! [endif]> [if] 54. Le 13 juin 2006, le Dr C_____ a attesté d'un état de santé actuel précaire de l'assurée ; des douleurs cervicales quotidiennes ainsi que dorsales du côté droit étaient pénibles et perturbaient le sommeil de l'assurée. Elle se plaignait également de vertiges, tout ceci depuis longtemps, ce qui l'avait amenée à un état d'épuisement physique et nerveux aggravé encore par les difficultés rencontrées avec son assurance. De plus, récemment, elle avait présenté un problème rénal aigu faisant encore l'objet d'investigations actuellement. Une fois ces dernières terminées, une cure type thalassothérapie et surtout du repos lui seraient nécessaires pour récupérer et retrouver un peu d'énergie.! [endif]> [if] 55. Le 26 octobre 2006, l'assurée a requis de l'Allianz qu'elle explique comment le Dr R_____ avait pu citer lors de son examen le Dr O_____ alors même que l'expertise de celui-ci avait été écartée du dossier.! [endif]> [if] 56. Le 11 novembre 2006 un rapport de filature a été établi à la demande de la ZURICH ASSURANCES (assureur RC du véhicule responsable de l'accident), lequel a été transmis à l'Allianz.! [endif]> [if] 57. Le 16 novembre 2006, l'Allianz a confirmé que l'expertise du Dr O_____ avait été écartée du dossier.! [endif]> [if] 58. Le 13 décembre 2006, à la demande de l'Allianz, le CEMed a rendu une expertise menée par les Drs R_____, neurologue FMH, S_____, psychiatre- psychothérapeute FMH, et V_____, neuropsychologue FSP. Ils ont posé les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force le 27 octobre 2001, probable discret syndrome post-distorsion cervicale persistant surchargé d'importants facteurs psychiques expliquant l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail et névrose de caractère à traits hystériques (ICD-10 Z73.1). Sur le plan somatique (locomoteur et neurologique), l'assurée formulait des plaintes restant majeures, nombreuses que l'on pouvait difficilement mettre en relation avec les seules conséquences d'un événement accidentel cervical au demeurant mineur, s'étant produit cinq ans auparavant. L'examen clinique, l'ENMG, l'écho-doppler des vaisseaux précérébraux et la relecture de l'ensemble des documents radiologiques à disposition permettaient d'écarter raisonnablement l'existence d'une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur. D'un point de vue strictement neurologique, il existait un status après distorsion cervicale simple suivi de l'apparition d'un syndrome post-distorsion cervicale ayant évolué vers une symptomatologie actuellement plus importante qu'initialement, avec de nombreuses atypies, sans lésion significative au status si ce n'était une limitation de la mobilité de la nuque avec provocation de douleurs locales, douleurs dont l'importance contrastait assez clairement avec l'absence de toute contracture musculaire et l'absence de lésion majeure aux radiographies standards et fonctionnelles de la colonne cervicale ainsi qu'aux différents CT-scan cervicaux et l'IRM cervicale. La symptomatologie avait très certainement été déclenchée par l'évènement accidentel du 27 octobre 2001. On pouvait admettre en tant que

conséquence lointaine de cet évènement accidentel la persistance de quelques cervico-céphalgies, de quelques sensations vertigineuses ainsi que de quelques troubles de la mémoire et de la concentration. Il existait une discordance majeure entre le caractère objectivement mineur de l'évènement accidentel et l'importance des troubles actuels ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail. On devait donc considérer que l'atteinte à la santé présentée actuellement par l'assurée ne pouvait être mise en relation de causalité probable ou certaine avec les seules conséquences de l'évènement accidentel de 2001.

Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte à la santé actuellement. Le tableau anxio-dépressif décrit dans les années qui avaient suivi l'accident était aujourd'hui résorbé. Sur le plan somatique (locomoteur et neurologique), aucune incapacité de travail en relation avec l'évènement accidentel. Sur le plan neuropsychologique, la capacité de travail était de l'ordre de 80 % en raison d'une atteinte cognitive estimée comme légère à modérée en tant que conséquence de l'évènement accidentel. Il n'y avait aucune incapacité sur le plan psychiatrique. Un travail d'employée de bureau mais non plus d'assistante de médecin était exigible, dans un délai d'un an, avec un éventuel stage de trois mois dans un centre d'intégration professionnel. La composante probablement post-traumatique des troubles présentés encore actuellement par l'assurée représentait une cause de perte à l'intégrité de 5 à 10 % en tenant compte des éléments locomoteurs, neurologiques mais également neuropsychologiques.

59. Le 2 février 2007, le Dr Q_____ a attesté dans un rapport médical AI d'un état de santé stationnaire, une mobilité cervicale très réduite, des douleurs, une prise constante d'antalgiques ; il constatait une dystonie cervicale ; il était courant que sur un terrain favorable l'antécédent de troubles anxieux et douleurs cervicales une dystonie se développe mais rien ne prouvait qu'elle se serait développée sans l'accident ; il fallait éviter la position assise continue, en particulier l'écran et, pour le moment, aucune activité n'était exigible.

60. Par courrier du 21 février 2007, l'Allianz a informé l'assurée qu'elle lui verserait des prestations jusqu'au 31 mars 2007.

61. Le 27 février 2007, une TRM de la colonne cervicale et IRM de la région supérieure de la colonne cervicale du 12 mars 2007 et évaluation par scanner a conclu à ce qui suit :

- En position neutre, au stade actuel, pas d'indication de malposition atlanto-axiale et - Rotation améliorée de la tête dans les deux sens par rapport aux images fonctionnelles réalisées précédemment par scanner, malgré une légère limitation de la rotation de la tête vers la droite par rapport à la gauche, cependant,
- Fonction de rotation atlanto-axiale symétrique avec valeurs segmentaires différentielles normales.
- Sténoses foraminales modérées à gauche en C4/5 et C5/6.
- Ligament alaire et ligament transverse atloïdien normaux.

62. Le 28 février 2007, l'assurée a transmis des observations à l'Allianz suite au rapport d'expertise du CEMed du 13 décembre 2006. Les experts n'avaient pas retenu les conclusions claires de la scannographie dynamique du rachis cervical du 1 er mai 2002, du CT-scan de la colonne cervicale du 15 septembre 2005, de l'écho-doppler du Dr Q_____ du 1 er décembre 2005 (étant relevé que l'écho-doppler pratiquée par le Dr R_____ ne l'avait pas été dans les mêmes conditions que celui du Dr Q_____) et de l'audiogramme du Dr G_____ du 29 novembre 2001. Les experts n'étaient pas objectifs et avaient volontairement écarté les constatations médicales objectives démontrant l'existence de lésions organiques. Enfin, ils avaient retenu une névrose de caractère à traits hystériques tout en niant une atteinte à la santé psychique. Ainsi, l'expertise ne répondait pas aux exigences posées par la jurisprudence et n'était d'aucune utilité.

63. Le 30 mars 2007, le docteur Q_____, neurologue FMH, a relevé qu'un écho-doppler du 20

février 2007 montrait, au niveau des vertébrales, une accélération dans la section V3 particulièrement à droite où les vitesses circulatoires atteignaient 99cm/se, la résistance restant normale. Ces éléments restaient très probablement en rapport avec la dysfonction cervicale suite au traumatisme ; ces vitesses étaient tout à fait comparables à celles mesurées lors de l'examen de décembre 2005.![endif]>![if> 64. Le 17 avril 2007, le Dr C_____ a écrit à l'OAI qu'il suivait l'assurée depuis de nombreuses années et qu'elle n'avait jamais eu de problèmes de santé psychique, ce qui avait été confirmé par le CEMed ; une nouvelle expertise psychiatrique était donc inutile.![endif]>![if> 65. Le 6 juin 2007, l'OAI, vu l'expertise du CEMed, a renoncé à mener une expertise psychiatrique.![endif]>![if> 66. Le 25 juin 2007, le Dr W_____ a répondu à des questions complémentaires de l'Allianz en expliquant que l'écho doppler du Dr Q_____ du 20 février 2007 n'était pas probant et que l'IRM cervicale du Dr X_____ ne démontrait que des troubles dégénératifs, sans évidence de lésion post-traumatique et sans confirmation d'une lésion ligamentaire cervico-occipitale ; ces nouveaux examens ne modifiaient en rien son rapport du 13 décembre 2006.![endif]>![if> 67. Le 31 juillet 2007, le Dr C_____ a observé que le Dr W_____ écartait à tort le rapport du Dr Q_____ ainsi que le scanner de 2005 de la Tour. L'état de santé de l'assurée se dégradait ; elle présentait une contracture cervicale droite tellement évidente qu'une voussure était constatée à ce niveau.![endif]>![if> 68. Par décision du 25 septembre 2007, l'Allianz a mis fin à ses prestations au 27 octobre 2003 sur la base du rapport du CEMed.![endif]>![if> 69. Le 23 octobre 2007, le Dr Y_____, médecin chef de service en ophtalmologie aux Hôpitaux Universitaires du canton de Genève (HUG), a rendu un rapport AI posant le diagnostic de syndrome post-traumatique cranio-cérébral avec photophobie, phonophobie, troubles intermittents de la vue pour ce qui était de sphère neuro-ophtalmologique. Il n'y avait pas de mesures thérapeutiques indiquées. L'assurée avait perdu connaissance et subi une plaie sur le cuir chevelu. Depuis cet accident de voiture, elle avait observé des douleurs dans la région cervicale, la droite surtout, l'empêchant de tourner la tête à droite en raison de douleurs intenses, et d'autre part, l'apparition de vertiges, et parfois de troubles visuels. Elle observait également des douleurs irradiant de la région cervicale et/ou pariétale droites, en direction de la région temporale, jusque dans la partie postérieure de l'orbite droite. D'un point de vue proprement neuro-ophtalmologique, elle observait une photophobie et une phonophobie depuis cet accident. Elle avait fait l'objet d'un bilan cervical auprès du Docteur Z_____, à Bâle, qui aurait évoqué un déplacement C1-C2, de même des discopathies cervicales, et une compression probable de l'artère vertébrale du côté droit. Elle avait fait l'objet d'investigations ultrasonographiques chez le Dr Q_____, neurologue, (à Genève) en décembre 2005 et février 2007, qui avait observé lors de ces deux examens de manière identique, l'accélération dans la section V3, particulièrement à droite, où les vitesses circulatoires atteignent 99 cm/sec. avec une résistance normale. Ces éléments étaient interprétés comme étant très probablement en rapport avec la dysfonction cervicale suite au traumatisme. En 2002, la patiente avait eu un examen d'imagerie aux Grangettes, qui avait mis en évidence une lésion ligamentaire à l'air au niveau cervical. En mars 2007, la patiente avait par ailleurs eu un examen d'imagerie cervicale qui aurait mis en évidence un hématome intraspinal, au niveau cervical. La patiente avait depuis quelques mois en particulier, des troubles visuels, notamment au moment où elle recevait une douleur irradiant de la région cervicale vers l'orbite. Ces troubles visuels consistaient en une vision trouble, parfois une inversion de lettres ou de parties de mots, ou de modifications de perception de la profondeur d'une partie du mot. Elle avait également observé une certaine

difficulté occasionnelle brusque d'orientation, très transitoire. Elle avait également indiqué avoir parfois brusquement tendance, en marchant, à se diriger vers la droite. Le pronostic était d'évolution incertaine, dans la mesure où il y avait une altération de la colonne cervicale, ainsi que de la circulation vertébrale, potentiellement source de complications, de la statique cervicale, de la circulation vertébro-basilaire et de la sphère algique. 70. Le 23 octobre 2007, l'assurée a fait opposition à la décision de l'Allianz du 25 septembre 2007. 71. Le 4 décembre 2007, le Dr AA_____ du Service Médical Régional (SMR) a conclu à une incapacité de travail d'octobre 2001 à septembre 2003 et, au-delà, à une capacité de 80 % dans un métier de type bureau, conformément à l'expertise du CEMed. 72. Une IRM en tenseur de diffusion 3D avec angiographie a été pratiquée le 6 décembre 2007 au Centre hospitalier Sainte-Anne à Paris. 73. Le 10 décembre 2007, le professeur AB_____, médecin consultant au centre hospitalier Sainte-Anne, département d'imagerie morphologique et fonctionnelle, Paris, a rendu un rapport à la demande de l'assurée ; celle-ci avait en particulier requis une IRM cérébrale. Selon le Prof. AB_____, l'IRM cérébrale sans injection du 6 décembre 2007 décelait diverses lésions post-traumatiques. Les conclusions de son rapport sont les suivantes : « Il existe une atrophie cortico-sous corticale post-traumatique, visible dans les 3 plans de l'espace en Séquence 3D-SPGR-T1 (BRAVO). a) du Lobule paracentral gauche. b) de la partie externe du Gyrus frontal moyen gauche (F2-G). c) du Gyrus supramarginalis droit (P2-D) à sa partie antéro-supérieure. d) du Gyrus rétro-central gauche. ... et qui s'associe en Vues 3D (SPGR-T1) de l'Encéphale (sans la boîte crânienne) à une dilatation du Sillon frontal supérieur gauche et du Sillon intra-pariétal droit. Est présente une Lésion sous-corticale post-traumatique en hyperflash FIESTA à contours irréguliers, visible dans les 3 plans de l'espace à cheval sur le pied de la première circonvolution frontale droite (F1-D) ... et la partie profonde supéro-externe du Cingulum droit à l'union de ses tiers antérieur et moyen (à hauteur du trou de Monro droit), la lésion cingulaire peut engendrer à la longue une irascibilité !!! Il existe une atteinte séquellaire post-traumatique en hyperflash irrégulier relatif FIESTA de la partie antérieure du corps du Trigone sur toute sa largeur +++, visible dans les 3 plans de l'espace mordant : a) en bas et en avant sur le segment initial de ses 2 Piliers antérieurs. b) en haut et en avant, sur la partie postérieure du corps du Corps Calleux. N.B. l'atteinte précitée du Corps du Trigone est visible en hyperflash FLAIR (vue axiale 15+++) ... il faut en rapprocher l'aspect légèrement diminué de volume, voire un peu atrophique des 2 corps mamillaires, visible dans les 3 plans de l'espace. Ces 2 formations anatomiques appartiennent au Circuit de la mémoire de Papez+++ . L'atteinte du corps du Trigone sur toute sa largeur +++ peut induire à la longue une atteinte antérograde+++ des 2 Corps mamillaires (amnésie antérograde même partielle encore présente ?) Le Corps Calleux est le siège de diverses données (séquentielles) pathologiques. a) En séquence FIESTA : Atteinte de la partie postérieure de son Corps, juste au-dessus de la partie antérieure du Corps Trigone. b) En imagerie de Tenseur de diffusion : / sur les Vues 2D - Diminution de brillance bilatérale de la partie postérieure de son corps, ce qui équivaut à une perte de fonction partielle de cet organe. / sur les Vues 3D - Raréfaction importante de ses fibres blanches · dans son 1/3 antérieur gauche · dans son 1/3 postérieur droit. Une dilatation séquellaire de la partie toute antérieure de la Corne temporale droite est présente au niveau de ses 2 segments précornual et latéro-cornual externe (atteinte sous-corticale), visible en Séquence 3D-SPGR-T1 dans les 3 plans de l'espace. La Séquence FIESTA décèle une atteinte bilatérale prédominant à

droite de la partie antérieure du corps des 2 Noyaux Caudés, visible dans les 3 plans de l'espace en hypo-hyperflash irrégulier. Il convient de rapprocher cette atteinte, la raréfaction associée en Tenseur de diffusion des fibres traversant les 2 Noyaux lenticulaires+++ - sur toute l'épaisseur antéro-postérieure du Noyau droit!>![if> - sur la partie postérieure du Noyau gauche.!>![if> Il s'agirait de « fibres coupées » entre les 2 Lobes frontaux et les Noyaux de la base, au décours d'un traumatisme crânien +++ tel que le relate Dominique Laplane dans l'article suivant : « La perte d'auto-activation psychique » Revue Neurologique, Paris 1990, 146 : 6-7. 397404. ... « et qui pourrait expliquer les troubles de l'attention et de la concentration séquellaires » +++ de Madame A_____. Le Tenseur de Diffusion 3D dépiste en outre une raréfaction légère des fibres postéro-inférieures du Faisceau arqué droit. Il faut noter une légère atrophie post-traumatique possible corticale du Vermis supérieur et de la partie externe de 2 Lobes cérébelleux (confer étude dans les 3 plans de l'espace)... [examen clinique = ??] Il faut remarquer aussi la présence de 2 petites lacunes séquellaires, centro-externes des 2 Pédoncules cérébraux à leur partie inférieure, visibles dans les 3 plans de l'espace. - en hypoflash T1 3D-SPGR!>![if> - en hyperflash FIESTA!>![if> l'une droite l'autre gauche L'angiographie IRM Cérébrale sans injection de produit de contraste est par ailleurs normale. La Séquence T2*-Etoile ne décèle aucun grain de Ferritine ou d'hémosidérine en hypoflash qui aurait pu être le témoin de micropétéchie hémorragique post-traumatique. Le trajet de l'Onde de choc pourrait être le suivant : a) Paie cutanée (en retard de l'os pariétal droit, partie supéro-interne) à hauteur de la partie postérieure haute et interne du Lobe frontal droit , au sommet d'un cône à base ouverte en bas en arrière et à gauche surtout b) Atteinte cortico-sous-corticale du Lobule paracentral gauche de la partie externe du Gyrus frontal moyen gauche (F2-G) du Gyrus rétro-central gauche sans oublier la diffusion à la partie antéro-supérieur du Gyrus supramarginalis droit (P2-D)... l'atteinte postéro-inférieure du Faisceau arqué droit, et de la partie antérieure de la Corne temporale droite. c) Lésion à cheval sur le pied de la première Circonvolution droite (F1-D) et la partie profonde supéro-externe du Cingulum droit (à hauteur du Trou de Monro droit) d) Atteinte du Corps Calleux avec raréfaction de ses fibres blanches dans son 1/3 postérieur droit, puis son 1/3 antérieur gauche e) Lésion de la partie antérieure du corps Trigone f) Atteinte de la partie antérieur du corps du Noyau Cauté droit puis gauche, et disparition de fibres traversant les 2 Noyaux lenticulaires (sur toute son épaisseur à droite, dans sa partie postérieure à gauche) g) Petites contusions lacunaires centro-externes du Pédoncule cérébral droit puis gauche h) Atteinte possible enfin du Vermis supérieur et de la partie externe des 2 Lobes cérébelleux. » 74. Le 9 janvier 2008, l'assurée a transmis à l'Allianz le rapport du Prof. AB_____ du 10 décembre 2007 en relevant qu'il établissait diverses lésions cérébrales post-traumatiques.!>![if> 75. Le 5 février 2008, le Dr AA_____ du SMR a estimé que l'IRM du 6 décembre 2007 ne modifiait pas son évaluation précédente.!>![if> 76. A la demande de l'Allianz, les Drs AC_____ et AD_____, psychiatrie-psychothérapie FMH, se sont prononcé le 17 juin 2008 sur l'IRM du 6 décembre 2007 en relevant que cette technique ne donnait que des résultats hypothétiques, qu'on ne pouvait certifier qu'une image était lésionnelle et notamment en relation avec un événement traumatique de sorte que cet examen ne pouvait démontrer des lésions en relation de causalité naturelle avec un événement traumatique.!>![if> 77. Le 31 juillet 2008, le Dr C_____ a écrit au médecin-conseil de l'Allianz pour dénoncer la situation de l'assurée dont les frais médicaux n'étaient pas pris en charge alors que le Prof. AB_____ avait objectivé de graves

lésions.![endif]>![if> 78. Le 27 août 2008, le Prof. AB_____, du service d'imagerie morphologique et fonctionnelle du Centre hospitalier Sainte-Anne, a fait suite au courrier des Drs AC_____ et AD_____ du 17 juin 2008 en relevant que l'étude IRM cérébrale en tenseur de diffusion avait déjà un certain recul dans l'analyse des traumatismes crâniens. Le tenseur de diffusion 3D était un outil IRM de routine clinique très sensible pour dépister la fracture du corps calleux, la lésion post-traumatique associée d'un faisceau arqué, plus fréquentes qu'on ne le pensait. Cet instrument était d'un grand apport pour l'évaluation des dégâts anatomiques séquellaires d'un traumatisme crânien ; il aidait en outre à l'étude du trajet de l'onde de choc. L'imagerie en tenseur de diffusion chez l'assurée avait révélé une diminution de brillance de corps équivalant à une perte de fonction partielle de cet organe et une raréfaction importante post-traumatique de ses fibres blanches, une raréfaction légère des fibres postéro-inférieures du faisceau arqué droit. Une conclusion actuelle s'imposait en neuro-imagerie : le tenseur de diffusion 3D était un outil IRM de routine clinique très sensible pour dépister la fracture du corps calleux, la lésion post-traumatique d'un faisceau arqué, la coupure de fibres venues des deux lobes frontaux traversant les noyaux de la base, la coupure de fibres verticales traversant les deux pédoncules cérébraux, plus fréquentes qu'on ne le pense. Cet instrument était d'un grand apport pour l'évaluation des dégâts anatomiques séquellaires d'un traumatisme crânien ; il aidait en outre à l'étude du trajet de l'onde de choc.![endif]>![if> 79. Par décision du 5 septembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1 er octobre 2002 au 31 décembre 2003, compte tenu d'une incapacité de travail totale du 27 octobre 2001 au 30 septembre 2003.![endif]>![if> 80. Le 17 septembre 2008, l'assurée a contesté l'avis des Drs W_____ et AD_____ du 17 août 2008 en relevant que le Prof. AB_____ utilisait l'IRM tenseur de diffusion et l'IRM standard, laquelle démontrait aussi des lésions.![endif]>![if> 81. Par décision du 16 octobre 2008, l'Allianz a rejeté l'opposition de l'assurée déposée à l'encontre de la décision du 25 septembre 2007.![endif]>![if> 82. Par arrêt du 1 er octobre 2009 (ATAS/1198/2009), le Tribunal cantonal des assurances sociales a rejeté le recours de l'assurée interjeté à l'encontre de la décision précitée au motif que l'expertise du CEMed du 13 décembre 2006 était probante.![endif]>![if> 83. Le 2 novembre 2009, une IRM cérébrale a été pratiquée aux HUG. Elle relève : « Anomalies de signal du parnechyme sur les séquences diffusion, il n'y a pas de restriction visualisable. Sur les séquences DTI, il n'y a pas d'anomalie macroscopique des différents faisceaux cérébraux. Sur les séquences de susceptibilité magnétique, il n'y a de chute de signal décelable en faveur d'une séquelle hémorragique. Sur les séquences Flair, présence de quelques anomalies de la substance blanche sous-corticale aspécifique. A noter la présence d'une petite lésion hyperintense sur les séquences Flair située sur la partie latérale gauche du corps du corps calleux posant le DD entre une lésion aspécifique de la substance blanche et une éventuelle séquelle d'une lésion axonale diffuse. ![endif]>![if> Elle conclut à un "examen comprenant une imagerie de tenseur de la diffusion sans anomalie macroscopique décelable. Absence de lésion hémorragique séquellaire décelable. Pour mémoire, anomalies de la substance blanche aspécifiques avec une petite lésion punctiforme de la partie latérale gauche du corps calleux ne permettant pas d'exclure une séquelle de lésion axonale diffuse étant donné les antécédents de traumatisme crânien". 84. Le 18 novembre 2009, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestation AI en relevant que son avocat n'avait pas fait opposition à la décision du 5 septembre 2008 alors qu'elle en avait l'intention.![endif]>![if> 85. Le 17 décembre 2009, le Dr AE_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté suivre régulièrement l'assurée qui souffrait d'une dépression moyenne à sévère dans un contexte

de multiples facteurs de stress bio-psycho-sociaux : - déficits neuropsychologiques (décrits comme sévère par des neuropsychologues) apparus après un accident de octobre 2001, - importantes douleurs dans la région occipitale – pariétale D, occasionnant entre-autres d'importants troubles du sommeil, - désinsertion socio-professionnelle, - procédures légales conflictuelles et compliquées avec assurances (accident,...), - suite aux conflits précités, l'assurée ne pouvait pas bénéficier, depuis 2006, des soins prescrits par son médecin traitant, le Dr C_____, - l'AI avait pris une décision en septembre 2008 basée sur une expertise de 2006 (partiale selon l'assurée) et sans évaluation/expertise indépendante par des médecins de l'AI. 86. Le 28 décembre 2009, le Dr C_____ a écrit à l'AI en sollicitant la réouverture du dossier de l'assurée. Elle avait subi un accident de la route le 27 octobre 2001 avec coup du lapin, impact violent contre le pare-brise dans la région pariétale droite haute avec PC de courte durée. Un premier examen en milieu hospitalier avait confirmé l'impact frontal et une suture était pratiquée. Par la suite, devant les douleurs cervicales et la limitation claire de la mobilisation de la colonne cervicale, plusieurs examens radiologiques et neurologiques avaient été effectués, confirmant des lésions organiques expliquant les symptômes (scanner dynamique 2002, Dr AF_____), scanner à Bâle en 2003, neurologue à Bâle, Dr Z_____, qui parlait de distorsion cervicale et TCC, bilan psychologique par Mme L_____ évoquant des troubles attentionnels, défaut de mémoire, fatigabilité, état anxio-dépressif ou troubles liés à des lésions cérébrales (2003), bilan ORL, Professeur G_____ (2001), bilan neuro-ophtalmique (2007), bilan neurologique et échodoppler, Dr Q_____ en 2005. Une expertise par le Dr I_____, rhumatologue, en 2002, avait conclu à une atteinte de la charnière sous-occipitale avec atteinte ligamentaire. Une seconde expertise par le CEMed en 2006 n'avait absolument rien retenu des investigations déjà pratiquées précitées. Le Dr C_____ a ajouté que les médecins du CEMed ne tenaient absolument pas compte du rapport de leur propre expert neuropsychologue qui relevait des troubles mnésiques et des fonctions exécutives. Devant un tel mur d'incompréhension et d'injustice, et l'aggravation de la symptomatologie de l'assurée au niveau des douleurs cervico-dorsales et pariétale droite, de la vue, de l'audition, de la concentration, de la mémoire, etc., cette dernière avait recouru à une IRM cérébrale en décembre 2007, auprès du Professeur AG_____, éminent neuroradiologue reconnu internationalement à Paris. Cet examen avait montré plusieurs lésions intracérébrales qui, selon le Professeur AG_____ étaient clairement en rapport avec l'accident. Là aussi, le CEMed avait apporté une fin de non recevoir, stipulant que cette technique était quasi expérimentale et qu'on ne pouvait pas prendre en considération ces résultats, alors que de nombreuses publications relevaient la valeur de ceux-ci. Ce même type d'IRM avait donc été pratiqué à Genève, montrant également ces lésions. L'état de santé de l'assurée était préoccupant sur le plan physique où l'on pouvait dire clairement que l'accident avait engendré des lésions cervicales et intracérébrales et aussi sur le plan psychique. En effet, on ne pouvait rester indemne après tant d'années de lutte face à l'assurance-accidents (état anxio-dépressif réactionnel). Les démêlés judiciaires étaient toujours en cours et l'assurée était dans l'incapacité totale de travailler. Devant tant d'incohérence, de mauvaise foi, il ne serait que justice de rouvrir le dossier de l'assurée.

87. Le 4 janvier 2010, le Dr AE_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a attesté d'une dépression moyenne à sévère.

88. Le 22 février 2010, le Dr C_____ a écrit au Tribunal fédéral en relevant que le trouble anxieux que l'assurée avait présenté avant son accident avait disparu lorsque son problème thyroïdien de 1991 avait été traité ; les experts avaient balayé d'un revers de la main les conclusions du Prof. AB_____ et la

fiabilité de l'IRM-3D était clairement reconnue sur le plan scientifique.![endif]>![if> 89. Le 28 juin 2010, le Dr AH_____ du SMR a estimé que seule la dépression était un fait nouveau et qu'un rapport serait demandé aux Drs C_____ et AE_____.![endif]>![if> 90. Le 16 juillet 2010, le Dr C_____ a attesté d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée par l'augmentation des douleurs cervicales, en aggravation progressive depuis 2005 et un état anxio-dépressif réactionnel aux douleurs et aux conflits avec les assurances depuis 2001. Elle présentait des douleurs cervicales importantes à caractère mécanique localisées au niveau paracervical droit et sur C7. Augmentation des douleurs à la flexion et extension ainsi qu'en rotation surtout à droite. Tous ces mouvements étaient limités.![endif]>![if> 91. Le 28 juillet 2010, le Dr AE_____ a rendu un rapport selon lequel l'assurée présentait un "ED moyenne à sévère avec fatigabilité, troubles de la concentration" depuis 2009 et était en traitement depuis le 6 août 2009.![endif]>![if> 92. Par arrêt du 14 janvier 2011 (8C 978/2009), le Tribunal fédéral a annulé le jugement du Tribunal cantonal des assurances sociales du 1 er octobre 2009 et renvoyé la cause à l'Allianz pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Il a relevé que l'IRM fonctionnelle de tenseur de diffusion 3D n'était pas une méthode diagnostique probante pour statuer sur la causalité entre des symptômes et un traumatisme par accélération cervicale. Cependant, il n'était pas possible d'exclure à ce stade la présence de lésions cérébrales chez l'assurée.![endif]>![if> Le Tribunal fédéral poursuit : "la réponse des experts du CEMed sur les résultats obtenus par le professeur AB_____ apparaît à cet égard insuffisante (voir leur lettre du 17 juin 2008 dans laquelle ils déclarent qu'en l'absence de lésion visible à l'IRM standard, les clichés IRM avec l'apport de tenseurs de diffusion en 3D ne sont pas significatives.). D'une part, cette objection est formulée de manière toute générale et ne répond pas à l'argument de la recourante selon laquelle le professeur AB_____ aurait utilisé des séquences de l'IRM conventionnelle à l'appui de ses conclusions. D'autre part, il ressort du dossier médical de la procédure cantonale que l'assurée n'a subi aucun examen cérébral par IRM avant celui réalisé à la Clinique Sainte-Anne. On peine dès lors à comprendre ce qui a permis aux médecins du CEMed d'écarter l'hypothèse d'un déficit organique aux troubles cognitifs qu'ils ont constatés. A cela s'ajoute qu'ils n'ont pas du tout abordé l'éventualité d'un traumatisme crânien, alors que ce diagnostic a été retenu par plusieurs confrères - notamment les docteurs C_____, D_____, K_____ et Q_____ - en considération du fait qu'il y a eu un impact à la tête lors de la collision. En vérité, on peut se demander si les experts du CEMed ont eu pleinement connaissance des faits à l'origine des troubles de la recourante. Dans la mission d'expertise, les circonstances de l'événement accidentel sont relatées comme suit : «Mme A_____ a été victime d'un accident de la circulation. En effet, l'assurée était à l'arrêt au volant de son véhicule et a été percutée par un autre véhicule.» (page 4 de l'expertise). A plusieurs reprises, lesdits experts ont souligné le caractère «objectivement mineur» de cet accident et se sont prononcés à l'aune de ce constat (page 36 de l'expertise). Apparemment, ils ne disposaient pas du rapport d'accident établi par la police (voir leur rappel des pièces du dossier). Or, d'après ce document, le conducteur fautif roulait à une vitesse d'environ 50 km/h et n'a pas eu le temps de freiner avant de percuter l'arrière de la voiture de la recourante. L'accident a consisté en une collision en chaîne entre quatre voitures. A_____ a subi un choc par l'arrière et par l'avant suffisamment fort pour que sa tête heurte le toit de sa voiture, lui occasionnant une plaie au cuir chevelu qui a exigé une suture. Ces éléments démontrent que l'impact a dû être d'une certaine violence, ce qui exclut déjà de qualifier l'accident de peu de gravité, à l'instar de ce qu'ont fait les médecins du CEMed. Dans ces

conditions, on ne peut pas retenir que leurs conclusions reposent sur une évaluation exacte et complète de la situation médicale de l'assurée. En particulier, des doutes subsistent sur la question de savoir si les troubles cognitifs observés ont une origine somatique découlant de l'accident. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire qui sera pratiquée, de préférence, en milieu universitaire. Celle-ci comprendra l'avis d'un spécialiste en imagerie médicale en collaboration avec un neuropsychologue. Les experts devront avoir connaissance du dossier médical complet de l'assurée (y compris les nouvelles pièces produites en procédure fédérale et le rapport de police du 14 novembre 2001). Après quoi l'assureur-accidents rendra une nouvelle décision sur le droit aux prestations de la recourante". 93. Le 2 février 2011, l'Allianz a informé l'assurée qu'elle prévoyait de confier une expertise au Professeur AI_____, médecin chef du service de neurologie du centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV).! [endif]>! [if> 94. Le 21 février 2011, l'assurée a accepté le Prof. AI_____ et précisé que celui-ci devait communiquer les noms des experts en neuroradiologie et en neuropsychologie.! [endif]>! [if> 95. Le 2 mars 2011, l'Allianz ALLIANZ a écrit au Prof. AI_____ qu'elle le remerciait d'avoir accepté le mandat d'expertise, lequel visait à déterminer la présence ou l'absence de lésions cérébrales chez l'assurée, en tenant compte de l'IRM de la Clinique Ste-Anne et en se prononçant sur la présence d'un traumatisme crânien.! [endif]>! [if> 96. Le 5 avril 2011, l'Allianz a relancé le Prof. AI_____.! [endif]>! [if> 97. Le 6 avril 2011, l'Allianz a communiqué à l'assurée le nom des experts, soit les docteurs AJ_____, médecin associé, et AK_____, médecin assistant, selon le courriel du service de neurologie du CHUV.! [endif]>! [if> 98. Le 7 avril 2011, l'assurée a été convoquée par le CHUV pour un examen neuropsychologique auprès de Mme AL_____, neuropsychologue FSP, et pour une consultation auprès du Dr AJ_____, supervisée par le Dr AM_____.! [endif]>! [if> 99. Le 18 avril 2011, l'assurée a observé que le Tribunal fédéral avait exigé une expertise auprès d'un spécialiste en imagerie médicale et un neuropsychologue et non pas un examen de neurologie.! [endif]>! [if> 100. Le 18 avril 2011, l'Allianz a écrit au Prof. AN_____ pour qu'il indique le nom du spécialiste en imagerie médicale associé à l'expertise, comme le demandait le Tribunal fédéral.! [endif]>! [if> 101. Selon une note de l'Allianz du 6 mai 2011, le Dr AM_____ avait indiqué que les neuroradiologistes ne faisaient pas d'expertise ; ils analysaient les images et les transmettaient aux neurologues qui devaient les interpréter ; il convenait de veiller à ce qu'il ressorte de l'expertise qu'un neuroradiologue avait vu les images et participé à l'expertise.! [endif]>! [if> 102. Le 1^{er} juillet 2011, le département des neurosciences cliniques du CHUV a rendu, à la demande de l'Allianz, une expertise menée par les Drs AM_____ et AJ_____, fondée sur le dossier, un examen du 12 mai 2011 et un examen neuropsychologique mené par Mmes AL_____, neuropsychologue FSP et AO_____, psychologue assistante des 2 et 16 mai 2011. Ils ont posé les diagnostics de status après traumatisme cervical indirect type « coup du lapin » avec entorse cervicale le 27 octobre 2001 avec syndrome post-distorsion résiduel avec cervico-céphalalgies chroniques, sensations vertigineuses non-classifiable, troubles de la mémoire et de l'attention, status après évidemment pétro-mastoiïdien gauche pour otite chronique avec cholestéatome en 1999 et névrose de caractère à traits hystériques (ICD-10 Z73.1) selon évaluation psychiatrique (2006).! [endif]>! [if> Toutes les images avaient été discutées lors d'un colloque radiologique en présence du professeur AP_____. Le rapport d'examen neuropsychologique du 26 mai 2011 concluait à des performances superposables aux examens de de 2003 et 2006, marqués par de très faibles performances touchant notamment

les domaines mnésiques, exécutif et attentionnel, un ralentissement sévère aux tâches sous contrainte temporelle, une perte des procédures de calcul écrit et une perturbation du jugement associatif. Par ailleurs, il avait été retenu des discrédances entre les performances obtenues et la préservation de l'autonomie, entre des scores mnésiques très faibles aux tests et des souvenirs récents et anciens aisément et précisément rapportés, une mémoire de travail extrêmement limitée (ex : ne pouvait répéter plus de deux chiffres en sens inverse) associée à une incapacité à entrer dans une tâche d'attention divisée en raison de la rapidité d'apparition des îles sans que ces éléments n'aient d'impact sur des activités nécessitant des ressources dans ce domaine (par exemple la conduite automobile). Dans ce contexte, il paraissait souhaitable de considérer une problématique psychique. L'assurée avait été victime d'une distorsion cervicale, compliquée par un symptôme post-distorsion cervicale avec des cervico-céphalgies, des sensations vertigineuses et, plus tardivement, des troubles de la mémoire et de la concentration. La persistance des troubles était difficilement explicable par le seul syndrome post-distorsion cervicale. L'assurée se plaignait de cervicalgies chroniques prédominant constantes, insomniantes, de douleurs rétro-auriculaires avec irradiation à droite, de nuchalgies avec décharges électriques dans la région occipitale gauche, de maladresse avec faiblesses transitoires de la main gauche, de sensations d'endormissement des deux bras avec fourmillements, de déséquilibre, de sensations de vertige avec instabilité à la marche, de difficultés à écrire, avec inversion des mots, d'oublis fréquents, de fatigabilité des yeux, de la tête, d'un épuisement psychique et physique. L'IRM cervicale fonctionnelle du 6 décembre 2007 du Prof. AB_____, revue avec le Prof. AN_____, ne pouvait pas être reconnue comme significative, en raison d'une méthode d'imagerie résumée au domaine de la recherche, mais sans validation actuellement pour l'interprétation et l'application clinique. L'IRM cérébrale des HUG du 2 novembre 2009 ne montrait, selon les Prof. AN_____ et AP_____ que des anomalies aspécifiques de la substance blanche prédominant sur le corps calleux dans sa partie latérale gauche de caractère non traumatique. L'assurée avait développé un syndrome douloureux chronique avec des cervico-brachialgies droites, des céphalées post-traumatiques, des troubles attentionnels et mnésiques pour lesquels de nombreuses investigations sur le plan neurologique, radiologique et otoneurologique, n'avaient pas pu mettre en évidence des anomalies structurelles évidentes du système nerveux central et périphérique ou ostéo-articulaires en relation avec l'événement traumatique. De nombreuses interventions thérapeutiques, en particulier médicamenteuses (antalgie simple par AINS, Dafalgan) et physiques, avaient échoué sans aucune modulation de ses plaintes physiques. Il existait un doute sur l'interprétation des examens complémentaires effectués jusqu'à présent, notamment sur la présence de lésions ligamentaires consécutives à l'accident, sur la charnière crâni-occipitale décrite en 2002, puis non retrouvées dans les examens a posteriori en 2003, 2005 et 2007. De même, la question était posée sur l'existence d'un obstacle mécanique lors de manœuvres d'hyper-extension de la tête avec une répercussion sur la circulation de l'artère vertébrale dans sa partie distale comme suggéré par le Dr Q_____, neurologue, en 2003, non confirmé par le Dr W_____ lors de l'expertise pluridisciplinaire en décembre 2006. Finalement, il persistait des questions sur la corrélation clinico-radiologique d'une IRM fonctionnelle avec l'apport de tenseur de diffusion réalisée par le Prof. AB_____ à Paris en 2007 postulant de diverses lésions post-traumatiques corticales et sous-corticales prédominant sur la substance blanche. Il n'y avait pas d'arguments pour une dysfonction du système neuro-vestibulaire, une atteinte cérébelleuse, ni d'une atteinte sensitive proprioceptive nette, alors que les troubles vertigineux étaient

difficiles à expliquer à la base de l'examen clinique. Il n'y avait pas de signes cliniques pour une radiculopathie cervicale, ni une myélopathie cervicale. Concernant les bilans radiologiques effectués jusqu'à ce jour, ceux à disposition avec les radiologues avaient été réétudiés. Dans l'ensemble, il n'avait pas été possible d'identifier de lésions post-traumatiques de la colonne cervicale, notamment des lésions ligamentaires des deux premières vertèbres cervicales, ni de disrotation atloïdo-axoïdienne significative pouvant expliquer le tableau clinique et les plaintes de l'assurée. Il existait certainement des altérations dégénératives discales cervicales pluri-étagées, de caractère non spécifique, sans pouvoir confirmer les anomalies décrites dans le rapport de la clinique des Grangettes en 2002 (CT scan fonctionnel de la colonne cervicale). Des sténoses foraminales C4-C5 à gauche, visualisées à l'examen de mars 2007 effectué par le Prof. X_____ avaient été confirmées, toutefois sans conflit radiculaire. Par ailleurs, l'étude radiologique effectuée par le Prof. AB_____ avait été réétudiée en détails, avec le Prof. AN_____, spécialiste mondial de l'imagerie fonctionnelle, et cet examen avait été considéré comme non valable pour documenter des lésions post-traumatiques comme déjà indiqué par le Dr W_____, lors de son courrier du 17 juin 2008. La Diffusion Tensor Imaging était une nouvelle technique uniquement appliquée dans le domaine de la recherche. Actuellement, il n'y avait pas d'évidence de corrélation radio-pathologique qui permettrait de discriminer entre une image ou un signal pathologique ou normal. Toutefois, l'IRM cérébrale la plus récente en date de 2009 montrait des lésions de la substance blanche aspécifiques, non traumatiques. N'ayant pas réeffectué de Doppler des vaisseaux pré-cérébraux, il semblait difficile de se prononcer sur les observations du Dr Q_____, suspectant un obstacle mécanique musculo-squelettique de la région cervicale avec une répercussion sur la vitesse du flux de l'artère vertébrale à droite. Il avait été précisé que cette trouvaille n'avait pas été confirmée par l'examen de contrôle du Dr W_____. En tenant compte qu'il s'agissait d'une technique fortement dépendante de l'examineur et la non-reproductibilité des anomalies préalablement formulées par le Dr Q_____, il subsistait des doutes qu'il s'agisse d'un résultat pathologique. Il n'avait pas été décrit à l'imagerie une telle pathologie osseuse pouvant expliquer une compression mécanique. Même si une telle pathologie osseuse existait, nous n'attendions pas d'insuffisance vertébro-basilaire en absence de sténoses d'un impacte hémodynamique relevante qui ne pourrait non plus expliquer l'ensemble des symptômes de l'assurée. Les experts relèvent encore que "compte tenu d'une nette divergence entre les signes objectives à l'examen clinique et les plaintes de la patiente, il nous paraît probable qu'il existe une composante psychique interférant et contribuant à ces troubles ce qui devra être évalué par la psychiatrie. Concernant notre examen, comme il s'agit d'une observation ponctuelle nous ne sommes pas en mesure de juger s'il s'agit d'une exagération consciente ou inconsciente de ces troubles" (...) "Il nous semble peu probable que la symptomatologie actuelle puisse être entièrement attribuée à un substrat organique. Il nous paraît difficilement expliquer le degré d'importance actuelle de ses troubles et les répercussions sur la vie quotidienne et la capacité de travail, seulement par les conséquences de l'événement accidentel". Il paraissait probable que d'autres facteurs, notamment psychiques contribuaient au tableau clinique actuel; "sur le plan neurologique, incapacité de travail actuelle est de l'ordre de 10-20 %. Nous considérons que sa prise en charge thérapeutique par rapport à ses troubles n'est pas encore terminée alors qu'il nous semble trop précoce d'estimer la capacité de travail de la patiente à long terme en tant que secrétaire médicale. Nous considérons que l'état définitif n'est pas encore atteint étant donné que toutes les mesures thérapeutiques n'ont pas encore été essayées; de ce fait, il est trop

précoce de se prononcer sur une atteinte permanente à l'intégrité physique ou mentale de la personne assurée. Sur le plan neurologique, la patiente présente actuellement un syndrome douloureux cervical chronique, associé à des troubles vertigineux, affectifs et cognitifs. Théoriquement en l'absence des lésions structurelles organiques, le pronostic pourrait être considéré quand même comme bon sous réserve d'une optimisation du traitement antalgique, actuellement jugé comme inefficace." Un traitement par antalgique / antidépresseurs / antiépileptique et de physiothérapie pouvait encore être tenté. 103. Le 18 octobre 2011, le SMR a rendu un avis selon lequel l'expertise du 1^{er} juillet 2011 démontrait que les éléments psychiatriques étaient au premier plan de sorte qu'une expertise psychiatrique était indiquée.!

!> L'examen neuropsychologique conclut ainsi : "cet examen neuropsychologique, réalisé auprès d'une patiente frappant par un comportement démonstratif, des réactions d'impotence, une labilité émotionnelle et une irritabilité marquée sur confrontation, met en évidence des performances globalement superposables à celles obtenues aux examens neuropsychologiques de 2003 et 2006, marqués par de très faibles performances touchant notamment les domaines mnésique, exécutif et attentionnel, un ralentissement sévère aux tâches sous contrainte temporelle, une perte des procédures de calcul écrit et une perturbation du jugement associatif. Par ailleurs, nous retenons des discrédances entre les performances obtenues et la préservation de l'autonomie, entre des scores mnésiques très faibles aux tests et des souvenirs récents et anciens aisément et précisément rapportés, une mémoire de travail extrêmement limitée (ex : ne peut répéter plus de 2 chiffres en sens inverse) associée à une incapacité à entrer dans une tâche d'attention divisée en raison de la rapidité d'apparition des cibles sans que ces éléments n'aient d'impact sur des activités nécessitant des ressources dans ce domaine (par exemple la conduite automobile). Dans ce contexte, il nous paraît souhaitable de considérer une problématique psychique". 104. Le 20 octobre 2011, le Dr C_____ a fait des observations après avoir pris conscience de l'expertise du CHUV. Il relève ce qui suit :

!> « - l'avis du Professeur AN_____ a été clairement demandé par le TF. Or, ce dernier intervient certes, dans un groupe de spécialistes, sans paraître clairement engagé et sans signer le document. De plus, il ne se prononce pas sur les images IRM standard effectuées auprès du Professeur AB_____, reconnues par le TF et qui faisaient l'objet de la demande d'avis d'expert. Aucun commentaire n'apparaît non plus sur l'IRM des HUG en 2009 ; - _____ lorsqu'il est dit que les images TDI sont des techniques de recherche, peut-être mais pas seulement car elles sont régulièrement pratiquées dans les centres universitaires comme à Genève. Quant à la notoriété du Professeur AB_____, je crois qu'elle n'est pas à mettre en doute et que ses compétences sont reconnues partout. Par conséquent, agir de la sorte permet de se « dédouaner » facilement des lésions cérébrales et de ne garder, tout en les minimisant, que les anomalies cervicales. Je rappelle que Madame A_____ a non seulement subi une entorse cervicale, mais aussi un choc sur la tête avec plaie décrite aux urgences de l'hôpital de la Tour. D'autres intervenants (neurologue, radiologue, ORL) ont retenu le diagnostic d'entorse cervicale, mais également de traumatisme crânio-cérébral avec les séquelles que l'on connaît sur l'audition et la vision, elles aussi clairement minimisées. Les anomalies vasculaires relevées par le Docteur Q_____ ont été balayées sous prétexte qu'elles n'ont pu être reproduites lors d'autres examens mais était-ce dans des conditions identiques ?!

!> - _____ sur le plan psychiatrique, il avait été clairement démontré lors de l'examen du CEMed en 2006 que Madame A_____ ne présentait pas de pathologie psychique assurée, mais bien des troubles mnésique et exécutifs compatibles avec l'impact au niveau de la tête dont il est

totallement fait abstraction dans les diagnostics. Et maintenant, il est fait état de réaction psychique inhabituelle.![endif]>![if> En conséquence, le diagnostic retenu devrait être : ENTORSE CERVICALE ET TRAUMATISME CRANIO-CÉRÉBRAL avec séquelles ligamentaires (C1, C2), vasculaires (artère vertébrale droite), troubles auditifs et visuels, troubles mnésiques et exécutifs. L'état de santé actuel de Madame A_____ est précaire avec la persistance de ses douleurs cervico-occipitales droites plus qu'à gauche, avec vertiges, des troubles attentionnels, une émotivité importante. Franchement, après 10 ans de lutte, de contestations quasi systématiques, de contradictions, de non reconnaissance, de harcèlement, de non remboursement de frais médicaux, etc., je crois que Madame A_____ a le droit d'être un peu émotive et épuisée. Il est temps qu'elle soit enfin reconnue comme traumatisée et indemnisée en conséquence correctement. » 105.Le 28 novembre 2011, le SMR a proposé que les HUG Belle-Idée soient mandatés.![endif]>![if> 106.Par communication du 5 décembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise psychiatrique auprès de Belle-Idée était ordonnée.![endif]>![if> 107.Le 7 décembre 2011, l'assurée a écrit à l'Allianz que l'expertise du CHUV n'était pas complète, les experts ne s'étant pas prononcé tant sur l'IRM conventionnelle de décembre 2007 réalisée à Paris que sur celle du 2 novembre 2009.![endif]>![if> 108.Le 4 janvier 2012, l'assurée a écrit à l'OAI qu'il n'était pas compréhensible d'ordonner une expertise psychiatrique dès lors qu'elle souffrait d'un TCC et que l'expertise du CEMed n'avait révélé aucun trouble psychique.![endif]>![if> 109.Le 9 janvier 2012, l'OAI a maintenu le mandat au motif que l'expertise du CHUV avait conclu à la nécessité d'une réévaluation psychiatrique.![endif]>![if> 110.Le 20 janvier 2012, l'assurée a requis une expertise multidisciplinaire plutôt que psychiatrique dès lors qu'elle souffrait de lésions cérébrales consécutives à son accident.![endif]>![if> 111.Par communications des 8 et 9 février 2012, l'OAI a informé l'assurée que serait ordonnée une expertise auprès du Prof. AQ_____ et une autre auprès du Dr AR_____, FMH rhumatologie, lequel a récuse le mandat le 13 février 2012.![endif]>![if> 112.Le 23 février 2012, l'assurée a écrit à l'OAI que l'expertise du CHUV ne respectait pas le mandat du Tribunal fédéral. Il convenait d'attendre que l'Allianz réponde à la décision du Tribunal fédéral et reconnaisse son traumatisme.![endif]>![if> 113.Le 27 février 2012, l'assurée a observé qu'elle n'avait pas de motif de récusation à l'encontre des Drs AQ_____ et AR_____ mais contestait la nécessité d'une expertise psychiatrique.![endif]>![if> 114.Par communication du 6 mars 2012, l'OAI a ordonné une expertise auprès du Prof. AS_____, lequel s'est récuse le 9 mars 2012 en suggérant un COMAI ou un centre d'expertise.![endif]>![if> 115.Le 22 mars 2012, l'assurée a requis de l'Allianz que le dossier radiologique soit soumis au Prof. AN_____ pour répondre à la demande du Tribunal fédéral.![endif]>![if> 116.Par communication du 30 mars 2012, l'OAI a ordonné une expertise auprès du BREM.![endif]>![if> 117.Le 2 avril 2012, l'OAI a annulé l'expertise psychiatrique au motif que, selon l'assurée, il n'existait aucune incapacité de travail au niveau psychiatrique.![endif]>![if> 118.Le 12 avril 2012, l'assurée a demandé quelle discipline médicale était concernée par l'expertise du BREM.![endif]>![if> 119.Le 16 avril 2012, l'OAI a précisé qu'il s'agissait d'une expertise rhumatologique.![endif]>![if> 120.Le 19 avril 2012, l'assurée a relevé qu'une expertise rhumatologique AI était inutile en présence d'une lésion cérébrale.![endif]>![if> 121.Les 19 avril et 3 mai 2012, l'assurée a demandé à l'Allianz de soumettre le dossier radiologique au Prof. AN_____![endif]>![if> 122.Le 25 avril 2012, la Dresse AT_____ du SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, orthopédique, neurologique, psychiatrique) était nécessaire; selon la nouvelle circulaire CPAI du 8 mars 2012 elle serait

confiée au SuisseMED@P qui désignerait un COMAI.![endif]>![if> 123.Par communication du 26 avril 2012, l'OAI a ordonné une expertise pluridisciplinaire, le centre d'expertise étant désigné au hasard.![endif]>![if> 124.Le 29 mai 2012, l'Allianz a écrit à l'assurée que : « Vous et nous avons déjà remarqué qu'une expertise confiée au milieu universitaire, peut s'avérer incomplète avec des conclusions partiellement ou totalement inexploitable en fonction de la manière dont le médecin « chef orchestre » aura dirigé l'expertise et délégué certains examens et tâches à ses subordonnés, souvent encore largement inexpérimentés dans l'exécution et la réalisation de ce travail et cela, malgré l'immense étendue des connaissances médicales bien présentes. »![endif]>![if> Les Drs AN_____ et AP_____ avaient déjà vu et commenté le dossier radiologique ; plusieurs possibilités se présentaient : ordonner une expertise psychiatrique, observer l'effet des traitements médicaux proposés dans l'expertise, rendre une décision, envisager une convention réglant le litige. 125.Le 6 juin 2012, l'assurée a requis de l'Allianz que des experts en neuroradiologie examinent en particulier les séquences conventionnelles de l'IRM du Prof. AB_____, l'expertise du CHUV ne l'ayant pas fait.![endif]>![if> 126.Le 4 juillet 2012, le médecin-conseil de l'Allianz a estimé que l'expertise du CHUV du 1 er juillet 2011 était claire, aussi en ce qui concernait les questions techniques de l'imagerie cérébrale ; l'assurée sentait la cause perdue et essayait d'entraîner l'Allianz sur le terrain d'une négociation.![endif]>![if> 127.Une note d'entretien téléphonique du 12 juillet 2012 entre l'Allianz et le conseil de l'assurée relève que l'Allianz propose de questionner les experts du CHUV afin qu'ils se prononcent clairement sur la causalité car les réponses en pages 19 et 20 du genre : « il nous semble ; il nous paraît difficilement explicable ... » sont inacceptables. ![endif]>![if> 128.Par courriel du 23 août 2012, SuisseMED@p-team a confirmé le centre d'expertise polyclinique médicale universitaire (PMU), soit les Drs AU_____, médecin interne général, R_____, neurologue et Mme AL_____, neuropsychologue.![endif]>![if> 129.Par communication du 2 septembre 2012, l'OAI a envoyé à la recourante des convocations auprès des Drs AU_____, R_____, AV_____ et de Mme AL_____ les 18 septembre, 4, 9 et 10 octobre 2012.![endif]>![if> 130.Le 10 septembre 2012, l'assurée a récusé les Drs R_____ et Mme AL_____ dès lors qu'ils étaient intervenus antérieurement.![endif]>![if> 131.Par décision incidente du 14 septembre 2012, l'OAI a confié le mandat d'expertise aux Drs AU_____, R_____, AV_____ et Mme AL_____ au motif qu'il n'existait pas de circonstances faisant apparaître le Dr R_____ et Mme AL_____ comme objectivement partiels ou prévenus.![endif]>![if> 132.Le 17 octobre 2012, l'assurée a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 14 septembre 2012 auprès de la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice en concluant, principalement, à son annulation et au renvoi du dossier à l'OAI par désignation d'un autre expert neurologue et neuropsychologue, avec un expert en imagerie médicale et, subsidiairement, à la transmission par l'OAI aux experts du dossier médical complet, de l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011 et du rapport de police à la suite de l'accident. Le Dr R_____ donnait l'apparence de la prévention; son expertise, selon le Tribunal fédéral, reposait sur une évaluation inexacte et incomplète de la situation. Il en était de même de Mme AL_____, laquelle avait relevé des discrédances entre les performances obtenues et la préservation de l'autonomie avec le comportement démonstratif, des réactions d'impotence pour lesquelles une problématique psychique ne paraissait probable.![endif]>![if> 133.Le 8 novembre 2012, une IRM lombaire a conclu, au niveau L5-S1 à la présence de protrusion discale paramédiane symétrique entrant en contact avec la racine sortant S1 des deux côtés. Au niveau L4-L5, bombement médian et paramédian

gauche sans conflit discoradiculaire. Pas de sténose foraminale ou canalaire. Arthrose facettaire modérée bilatérale L4-L5 et L5-S1. Les articulations sacro-iliaques sont dans la norme.!

134. Le 29 novembre 2012, le docteur AW_____, FMH neurologie, a attesté d'un examen neurologique normal et d'un ENMG du membre inférieur droit normal ; il avait l'impression de lombosciatalgies ; l'assurée se plaignait depuis deux semaines de douleurs et blocage lombaire irradiant dans le membre inférieur droit jusqu'au pied, avec impression de faiblesse distale.!

135. Le 3 janvier 2013, l'Allianz a indiqué qu'elle avait versé une indemnité journalière du 30 octobre 2001 au 31 mai 2007.!

136. Par arrêt du 21 janvier 2013 (ATAS/80/2013), la chambre de céans a admis partiellement le recours de l'assurée et annulé la décision de l'OAI du 14 septembre 2012 en tant qu'elle ordonnait une expertise auprès du Dr W_____.!

137. Une note d'entretien téléphonique entre l'Allianz et le conseil de l'assurée du

E. 6.1

Les seules lésions dues à l'accident ont-elles provoqué une atteinte permanente à l'intégrité physique et/ou mentale de Mme A_____?

E. 6.2

Si oui, en quoi consiste-t-elle et à quel degré évaluez-vous l'atteinte à l'intégrité due uniquement à l'accident selon l'annexe 3 de l'OLAA et les tables de la Suva ? 7. Quel est le pronostic ? 8. Faire toute autre remarque utile. 2. Réserve le sort des frais jusqu'à droit jugé au fond. La greffière Alicia PERRONE La présidente Valérie MONTANI Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties le

E. 11

février 2013 mentionne que selon l'Allianz, certaines choses dans l'expertise sont inexplicables, comme le fait de fixer un dommage médico-théorique (5-10%) en page 25 de l'expertise du CHUV alors qu'en page 24 les experts disent qu'il est trop précoce pour se prononcer.!

138. Le 10 juin 2013, le Docteur AX_____, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un avis médical à la suite de deux consultations des 11 et 29 avril 2013 ; il avait constaté, une légère agitation psychomotrice, une anxiété, une tendance à la dispersion marquée par une logorrhée, une difficulté à se concentrer et une thymie neutre.!

139. Le 1^{er} juillet 2013, le Dr C_____ a attesté que l'état de santé de l'assurée s'aggravait avec des douleurs très importantes au niveau pariéto-occipital droit, cervical et de la fatigue.!

140. Le 4 juillet 2013, l'assuré a déposé un recours pour déni de justice auprès de la chambre de céans (A/2231/2013).!

141. Le 4 juillet 2013, une échographie et infiltration de l'épaule droite a été pratiquée avec, en conclusion, une bursite adhérente sous acromio-deltoïdienne de l'épaule droite s'étant développée sur un fond de séquelles de tendinopathie microcristalline des sus-épineux et sous-épineux. La bursite chronique adhérente avait été infiltrée par une ampoule corticostéroïdes.!

142. Par décision du 18 juillet 2013, l'Allianz a supprimé toute prestation à l'assurée au 27 octobre 2003 tout en renonçant à demander le remboursement des prestations déjà versées. L'expertise du CHUV était probante et excluait une atteinte somatique causée par l'accident ; les images de l'IRM 3 D ne suffisaient pas pour établir l'existence d'une lésion cérébrale ; l'accident était de gravité moyenne et aucun des critères d'appréciation de la jurisprudence n'était rempli, de sorte que les plaintes de l'assurées n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec

l'accident.![endif]>![if> 143. Une IRM de la colonne lombaire du 10 septembre 2013 a conclu à « séquestre discal (16 x 8 x 9 mm) au contact de la racine S1 droite au niveau récessal. Son niveau d'origine possible est L4-L5 ou L5-S1, tous deux sièges d'une protrusion discale circonférentielle avec fissuration de l'anneau fibreux postérieur. Contact radiculaire L4 gauche au niveau récessal sur une protrusion discale circonférentielle L4-L5. Discarthropathie pincée avec modification Modic 2 antérieure au plateau supérieur T12. »![endif]>![if> 144. Le 16 septembre 2013, l'assurée a fait opposition à la décision du 18 juillet 2013 de l'Allianz en faisant valoir que des lésions cérébrales avaient été mises en évidence sur le plan clinique et radiologique, ce qui expliquait ses troubles neuropsychologiques (examen neuropsychologique du 25 octobre 2006, IRM du Prof. AB_____ et IRM des HUG du 2 novembre 2009) ; l'Allianz devait ordonner une expertise répondant à la mission donnée par le Tribunal fédéral en janvier 2011.![endif]>![if> L'expertise du CHUV du 17 juillet 2007 n'était pas probante ; elle ne répondait pas à la mission, pourtant claire, de l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011 ; le Prof. AI_____ n'avait pas signé l'expertise ; les experts n'avaient pas examiné les séquences de l'IRM conventionnelle ; ils se référaient à l'avis du Dr R_____ du 17 juin 2008 jugé insuffisant par le Tribunal fédéral ; ils n'avaient pas abordé l'éventualité d'un traumatisme crânien. l'Allianz avait déjà admis que l'expertise du CHUV n'était pas claire (notes téléphoniques des

E. 12

juillet 2012 et 11 février 2013). L'IRM anatomique ordinaire (séquences 3D – SPGR – T1 ; Bravo ; séquence FIESTA) avait montré des lésions post-traumatiques. L'IRM du 2 novembre 2009 avait relevé des anomalies de la substance blanche. Les lésions cérébrales expliquaient les troubles neuropsychologiques ; elle souffrait d'une entorse cervicale et de lésions cérébrales, objectivables ; même si on se trouvait en présence de lésions du rachis cervical sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, la causalité naturelle et adéquate entre les symptômes et l'accident serait donnée. Les lésions du rachis cervical avaient été admises par l'expertise du CHUV qui concluait à la présence d'une distorsion cervicale compliquée par un syndrome post-distorsion cervicale, de sorte que le lien de causalité naturelle était donné ; s'agissant de la causalité adéquate, l'accident était de gravité moyenne, à la limite des cas graves, le traitement avait été long et constant, les douleurs intenses et la capacité de travail nulle. 145. Par arrêt du 16 septembre 2013 (ATAS/907/2013), la chambre de céans a constaté que le recours pour déni de justice était sans objet, sans allocation de dépens.![endif]>![if> 146. Une infiltration foraminale S1 droite a été pratiquée le 19 septembre 2013 dans le cadre d'une hernie luxée L5-S1 droite en arrière du mur de S1 droit et renforçant la racine S1 droite.![endif]>![if> 147. Le 29 octobre 2013, l'Allianz a écrit à l'assurée qu'il ressortait de l'expertise du CHUV que le dossier radiographique avait été analysé en collaboration avec le Prof. AN_____, spécialiste en neuro-imagerie fonctionnelle et discuté lors d'un colloque radiologique en présence du Prof. AP_____ ; le Prof. AN_____ avait examiné l'IRM effectuée par le Prof. AB_____, les spécialistes en neuro-radiologie et en neurologie avaient examiné les examens radiologiques et conclu à l'absence de lésions traumatiques.![endif]>![if> 148. Par arrêt du 31 décembre 2013, le Tribunal fédéral a considéré que le Dr W_____ ne donnait pas l'apparence de prévention, de sorte que l'arrêt de la chambre de céans du 21 janvier 2013 était annulé.![endif]>![if> 149. Le 10 janvier 2014, l'Allianz a indiqué à l'assurée qu'elle entendait poser au Prof. AN_____ les questions complémentaires suivantes :![endif]>![if> - préciser, respectivement demander à un de vos

collaborateur, de préférence soit au Dr AJ_____, qui était à l'époque médecin-assistant, soit au Dr AM_____, médecin-associé, les raisons pour lesquelles, au vu des pièces qui avaient été transmises et des examens effectués, l'éventualité d'un traumatisme crânien n'a pas été retenue ?!

150. Le 21 janvier 2014, le Dr C_____ a attesté d'une aggravation avec des douleurs par moment très importantes au niveau pariéto-occipital droit et des cervicalgies droites ; elle présentait toujours des vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, une commission d'experts en neuro-radiologie devait se prononcer sur les images.

151. Par communication du 3 février 2014, l'OAI a confirmé la prise en charge d'une expertise polydisciplinaire à la PMU, auprès des Drs AU_____, W_____, AV_____ et de Mme AL_____.

152. Une troisième infiltration radiculaire S1 droite a été pratiquée le 3 février 2014.

153. Le 18 février 2014, le Dr C_____ a écrit à l'OAI que l'expertise du CHUV de 2011 était incomplète et ne répondait pas aux questions posées par l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011 ; un avis d'un spécialiste en imagerie médicale était nécessaire dans le cadre des démêlés avec l'Allianz, de sorte qu'il convenait de suspendre le dossier AI.

154. Le 19 février 2014, l'OAI a répondu au Dr C_____ que l'expertise pluridisciplinaire était maintenue.

155. Les 21 février, 3 et 16 juin 2014, l'assurée a requis de l'Allianz une expertise répondant à la mission de l'arrêt du Tribunal fédéral ; elle n'avait pas été examinée par le Prof. AN_____ qui n'avait pas signé l'expertise et les experts ne s'étaient pas prononcés sur l'IRM conventionnelle il convenait de confier l'expertise au Prof. AN_____, ainsi qu'à un psychiatre.

156. Le 27 février 2014, l'assurée a écrit à l'OAI que le Prof. AN_____, mandaté par l'Allianz, n'avait pas participé à l'expertise du CHUV, de sorte qu'aucun spécialiste en imagerie médicale ne s'était prononcé ; elle requérait la suspension de la procédure AI et, en cas de refus, l'annulation de sa demande de prestations AI.

157. Le 31 mars 2014, le président du conseil d'administration de l'office cantonal des assurances sociales (OCAS) a informé l'assurée que son courrier du 27 février 2014 était transmis au conseiller en charge de son dossier.

158. Le 7 avril 2014, la PMU a convoqué l'assurée pour le 6 mai 2014.

159. Le 8 avril 2014, l'assurée a écrit à la PMU qu'elle avait demandé la suspension de la procédure, voire l'annulation de sa demande AI.

160. Le 16 avril 2014, l'OAI a sommé l'assurée de se rendre à la PMU le 6 mai 2014.

161. Le 25 avril 2014, l'assurée a écrit à l'OAI qu'elle renonçait à sa demande de prestations.

162. A la demande de l'OAI, l'Allianz a versé les pièces de son dossier postérieures au 15 septembre 2011 et indiqué que le Prof. AN_____ serait prochainement sollicité.

163. Le 3 juin 2014, l'assurée a écrit à l'Allianz que l'expertise du CHUV n'était pas probante et qu'une expertise devait être confiée au Professeur AN_____, lequel ne l'avait ni examinée, ni signé l'expertise ; un psychiatre devait participer à l'expertise.

164. Le 6 juin 2014, l'Allianz a répondu à l'assurée que le neuro-radiologue ne devait pas examiner lui-même l'assurée et indiqué que les questions complémentaires au Prof. AN_____ étaient maintenues.

165. Les 16 juin et 10 juillet 2014, l'assurée a maintenu sa demande d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire et proposé des questions complémentaires.

166. Le

16 juillet 2014, l'Allianz a répondu qu'une expertise pluridisciplinaire ne serait pas ordonnée et que les experts s'étaient prononcés sur un éventuel traumatisme crânien ; les questions complémentaires au Prof. AN_____ étaient maintenues.![endif]>![if> 167.Le 16 juillet 2014, l'Allianz a adressé au Prof. AN_____ les questions complémentaires suivantes :![endif]>![if> - préciser, respectivement demander à un de vos collaborateurs, de préférence soit au Dr AJ_____, qui était à l'époque médecin-assistant, soit au Dr AM_____, médecin-associé, les raisons pour lesquelles, au vu des pièces qui avaient été transmises et des examens effectués, l'éventualité d'un traumatisme crânien n'a pas été retenue ? Merci de motiver la réponse.![endif]>![if> - préciser si un tableau clinique typique des troubles après distorsion de la colonne cervicale par mécanisme de « coup du lapin » ou blessure équivalente à un tel mécanisme (voir définition du TFA sur feuille annexe) existe ? Si oui, quels sont ces troubles ?![endif]>![if> - confirmer ou infirmer personnellement que, s'agissant des examens radiologiques effectués le 6 décembre 2007 par le Prof. AB_____, vous avez examiné les 25 planches décrites dans le rapport du Prof. AB_____ du 10 décembre 2007 et que les conclusions reprises par les experts dans leur rapport du 1 er juillet 2011 reprennent les conclusions que vous aviez prises lors des différents colloques que vous aviez eus à l'époque avec les experts.![endif]>![if> 168.Le 31 juillet 2014, l'assurée a requis une décision formelle.![endif]>![if> 169.Le 15 août 2014, le Dr AM_____ a informé l'Allianz par téléphone que le Prof. AN_____ ne répondra pas à la demande de l'Allianz ; après avoir relu le rapport, il confirmait qu'il n'y avait aucune erreur médicale ; la réponse correspondait à ce qu'ils avaient constaté et s'ils n'avaient pas retenu de diagnostic, c'était qu'il n'y avait pas à le retenir.![endif]>![if> 170.Le 15 août 2014, l'Allianz a demandé au Dr AM_____, suite à un entretien téléphonique du même jour, de demander au Prof. AN_____ de confirmer ou infirmer qu'il avait bien examiné les images radiologiques traditionnelles et l'IRM du Prof. AB_____. ![endif]>![if> 171.Le 1 er septembre 2014, l'assurée a écrit à l'OCAS qu'elle avait demandé à retirer sa demande dans l'attente que l'Allianz applique l'arrêt du Tribunal fédéral du

E. 14

janvier 2011 pour exiger la désignation d'experts issus du milieu universitaire. A cet égard, la chambre de céans constate que le Tribunal fédéral a indiqué qu'il convenait d'ordonner une expertise pluridisciplinaire, de préférence en milieu universitaire et non pas de façon obligatoire. En toute hypothèse, la chambre de céans a finalement confié le volet neuroradiologique à deux médecins issus de l'Inselspital de Berne, ce qui répond au souhait des parties. Par ailleurs, les experts neurologue et neuropsychologue, non issus du milieu universitaire, désignés dans la présente ordonnance, répondent parfaitement aux critères de compétence pour effectuer l'expertise demandée, de sorte que toutes les garanties d'une exécution correcte de la mission d'expertise sont données. La chambre de céans a écarté, à la demande de la recourante, le Prof. BL_____, en raison de son titre de médecin-assistant, et a nommé aux côtés du Prof. BI_____, le Dr BM_____, titulaire d'un FMH en radiologie, et possédant une formation approfondie en neuroradiologie diagnostique (www.doctorfmh.ch) ; les craintes émises par la recourante concernant la réalisation, par deux médecins, de l'expertise neuroradiologique, ne sont pas fondées ; en particulier, la désignation d'un médecin neuroradiologue aux côtés du Prof. BI_____ provient d'une exigence du service de neuroradiologie de l'Inselspital de Berne, et non pas de la chambre de céans, laquelle estime toutefois qu'il convient d'y donner suite, aucun élément ne permettant de douter de l'implication du Prof. BI_____ dans la réalisation de

l'expertise. Partant, les experts désignés seront confirmés. En outre, les parties contestent les questions III 3.3 et III 3.3.1 concernant la capacité de la recourante à effectuer des tâches ménagères. Dans la mesure où l'OAI a effectivement reconnu à la recourante un statut d'active (c.f. notamment, avis du Dr AA_____ du 7 juin 2004), ces questions, qui auraient pu être pertinentes dans le cadre de la procédure AI (A/924/2015), n'ont pas lieu d'être et seront donc supprimées, comme requis par les parties. Enfin, le rapport radiologique du 15 avril 2002 et l'article du Prof. BK_____ – non traduit – seront versés dans le dossier « pièces principales », comme demandé par les parties. Il convient également d'ajouter à ce dossier les articles transmis par la recourante (pièces 34, 35 et 36), soit une interview du Dr BC_____, un résumé de la thèse de Mme BD_____ et un article du Dr BE_____. 12.

Le dossier pièces principales comprend les pièces suivantes :
Pièce 1 Rapport d'accident du 12 novembre 2001
Pièce 2 Avis du Dr . BN_____ du 15 avril 2002
Pièce 3 Avis du Dr AF_____ du 3 mai 2002
Pièce 4 Rapport du Dr K_____ du 14 mai 2003 (en allemand, avec traduction française)
Pièce 5 Rapport du Dr X_____ du 13 juin 2003 (en allemand, avec traduction française)
Pièce 6 Rapport du Dr K_____ du 17 juin 2003 (en allemand, avec traduction française)
Pièce 7 Rapport du Dr K_____ du 26 juin 2003 (en allemand, avec traduction française)
Pièce 8 Examen neuropsychologique de Mme L_____ du 23 décembre 2003
Pièce 9 Avis de la Dresse P_____ du 19 septembre 2005
Pièce 10 Avis du Dr Q_____ du 2 décembre 2005
Pièce 11 Avis de la Dresse P_____ du 2 mars 2006
Pièce 12 Annexe au rapport médical (Dr Q_____) du 23 mars 2006
Pièce 13 Expertise médicale des Drs R_____, S_____ et V_____ du 13 décembre 2006
Pièce 14 Rapport du Dr X_____ du 27 février 2007 (en français et en allemand)
Pièce 15 Avis du Dr Q_____ du 30 mars 2007
Pièce 16 Réponse du 25 juin 2007 du Dr R_____ aux questions complémentaires du 20 avril 2007
Pièce 17 Rapport médical Adultes du Prof. Y_____ du 23 octobre 2007
Pièce 18 Dossier d'imagerie, Prof. AB_____, du 10 décembre 2007
Pièce 19 Avis des Drs R_____ et BN_____ du 17 juin 2008
Pièce 20 Avis du Prof. AB_____ du 27 août 2008
Pièce 21 Avis du Dr BF_____ du 2 novembre 2009
Pièce 22 Arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011
Pièce 23 Examen de Mme AL_____, du Prof. BO_____ et de Mme AO_____ du 26 mai 2011
Pièce 24 Expertise des Drs AM_____ et AJ_____ (CHUV) du 1er juillet 2011
Pièce 25 Avis du Dr C_____ du 20 octobre 2011
Pièce 26 Expertise du Dr BB_____ du 30 novembre 2015
Pièce 27 Avis du Dr BB_____ du 24 février 2016
Pièce 28 Avis du Dr BB_____ du 11 avril 2016
Pièce 29 Article Internet de « Cerveau et Neurologie » du 26 septembre 2014
Pièce 30 Extrait Internet de l' « Archive ouverte UNIGE » de l'Université de Genève concernant la thèse de privat-docent de la Dresse M. BD_____, 2011
Pièce 31 Article Internet « Neuroradiologie : nouveaux développements diagnostiques et interventionnels » du Prof. BE_____, 2009
Pièce 32 Article du Prof. BK_____, Medinfo 2016

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant Préparatoirement : Ordonne une expertise médicale. La confie au Dr BG_____, FMH neurologie, au Prof. BI_____, FMH neurologie, au Dr BM_____, FMH radiologie et à Mme BH_____, psychologue spécialiste en neuropsychologie FSP. Dit que la mission d'expertise sera la suivante : I. Du point de vue neuropsychologique (Mme BH_____). a. Prendre connaissance des examens neuropsychologiques précédents (examen de Mme L_____ de 2003, examen de M. V_____ de 2006 et examen de Mme AL_____ de 2011 – dossier pièces principales). b. Procéder à un examen neuropsychologique de Mme A_____ et rendre un rapport. Indiquer en particulier comment les troubles de Mme A_____ ont évolué. II. Du point de vue neuroradiologique (Prof. BI_____ et Dr BM_____) a. prendre connaissance du dossier

radiologique, comprenant en particulier les documents suivants : - le rapport de scanographie dynamique du rachis cervical de la Clinique des Grangettes du 1^{er} mai 2002 (accompagné de 8 planches radiologiques + 2 feuilles calques) ; - le rapport d'IRM cervicale d'IMAMED du 2 juin 2003 (accompagné de 6 planches radiologiques) ; - le rapport d'IRM cervicale d'IMAMED du 12 mars 2007 (accompagné de 12 planches radiologiques) ; - le rapport d'IRM cérébrale du Centre hospitalier Sainte-Anne du 6 décembre 2007 (accompagné de 17 planches radiologiques) ; - le rapport d'IRM cérébrale des HUG du 2 novembre 2009 (accompagné de 2 CD-Rom) ; - le rapport du Dr Q_____ du 2 décembre 2005 ; - le rapport du Dr Q_____ du 30 mars 2007 ; b. prendre connaissance du dossier de pièces intitulé « pièces principales », étant précisé par ailleurs que l'intégralité du dossier est mis à disposition, en cas de besoin, auprès du Dr BG_____.

c. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des spécialistes en imagerie médicale ayant rendu un avis ou effectué un examen. d. Si nécessaire, faire procéder à d'autres examens radiologiques. e. Répondre aux questions suivantes :

1.1. L'IRM avec tenseur de diffusion 3D est-elle réservée au domaine de la recherche ou, au contraire, peut-elle être validée pour l'interprétation et l'application clinique ? En d'autres termes, est-elle une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale, c'est-à-dire largement admise par les chercheurs et les praticiens ? Cas échéant, depuis quelle date ? (Voir à cet égard l'arrêt du Tribunal fédéral du 14 janvier 2011 – 8C_978/2009, considérant 5.2 – dossier pièces principales). Qu'en est-il des séquences SWI ? En particulier cette méthode (IRM avec tenseur de diffusion 3D / séquence SWI) permet-elle d'établir un rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent ?

1.2. A cet égard, êtes-vous d'accord avec l'avis du 17 juin 2008 des Drs W_____ et AD_____ (dossier pièces principales) ?

1.3. A cet égard, êtes-vous d'accord avec l'avis du Prof. AB_____ du 27 août 2008 (dossier pièces principales), selon lequel le tenseur de diffusion 3D est un outil de routine clinique ?

1.4. Les IRM selon la technique de tenseur de diffusion ou sur la base d'images selon les séquences SWI font-elles l'objet de divergences au sujet de leur efficacité diagnostique ?

2.1. L'IRM du 6 décembre 2007 du Prof. AB_____ comporte-t-elle des séquences d'IRM conventionnelle ? Si oui, lesquelles ? Si oui, celles-ci permettent-elles, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%), d'objectiver des lésions cérébrales chez Mme A_____ ? Veuillez motiver votre réponse.

2.2. L'IRM du 6 décembre 2007 du Prof. AB_____, dans sa totalité, permet-elle, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%), d'objectiver des lésions cérébrales chez Mme A_____ ? Veuillez motiver votre réponse.

3.1. L'IRM du 2 novembre 2009 est-elle conventionnelle ? Si la réponse est partiellement conventionnelle, quelles sont les images relevant de l'IRM conventionnelle ? De quelle technique relèvent les autres images ? Les images SWI relèvent-elles de la technique de tenseur de diffusion 3D ?

3.2. L'IRM du 2 novembre 2009 permet-elle d'objectiver, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%), des lésions cérébrales chez Mme A_____ ? Si oui, sur quelles images ? Veuillez motiver votre réponse. Si oui, ses lésions sont-elles objectivées par des séquences de l'IRM conventionnelle ?

4. Etes-vous d'accord avec les conclusions du Prof. AB_____ (rapports des 10 décembre 2007 et du 27 août 2008 - dossier pièces principales) ? En particulier, avec la constatation de la présence chez Mme A_____ de diverses lésions post-traumatiques ?

5. Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions de l'expertise du CHUV du 1^{er} juillet 2011 concernant l'étude du dossier radiologique de Mme A_____ (expertise CHUV p. 13 et 14 - dossier pièces principales) ? Si non, pourquoi ?

6. Etes-vous d'accord avec les

constatations et conclusions du Dr BB_____ (avis des 30 novembre 2015, 24 février 2016 et 11 avril 2016 - dossier pièces principales) ? En particulier, avec la constatation que Mme A_____ présente des micros hémorragies d'origine traumatique ? Veuillez motiver votre réponse. 7. Compte tenu de l'entier du dossier radiologique de Mme A_____, celle-ci présente-t-elle, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%) des lésions cérébrales objectivée dues à l'accident du 27 octobre 2001 ? f. Faire toutes autres observations ou suggestions utiles. III. Du point de vue neurologique (Dr BG_____)

a. Prendre connaissance du dossier de la cause, en particulier du rapport d'examen neuropsychologique de Mme BH_____ et du rapport de neuroradiologie des Drs BI_____ et BM_____. b. Si nécessaire, prendre tous renseignements auprès des médecins ayant traité Mme A_____, ainsi qu'auprès des Drs BI_____ et BM_____ et de Mme BH_____. c. Si nécessaire, faire procéder à d'autres examens (radiologiques / échodoppler, etc.). d. Etablir un rapport détaillé comprenant les points et questions suivants :

1. Généralités 1.1. Anamnèse (familiale, sociale, relative à l'accident). 1.2. Plaintes subjectives. 1.3. Constatations objectives. 1.4. Diagnostic (selon CIM 10) ? En particulier, préciser si Mme A_____ présente :

1.4.1 - Des séquelles ligamentaires ? 1.4.2 - Des lésions cérébrales objectivables ? 1.4.3 - Un traumatisme crânio-cérébral (en particulier, compte tenu des circonstances de l'accident – cf. rapport d'accident du 12 novembre 2001) ? 1.4.4 - Un tableau clinique typique des troubles après distorsion de la colonne cervicale par mécanisme de type « coup du lapin » ? Si oui, quels sont ces troubles ? 1.4.5 - Un syndrome post distorsion cervicale ? 1.5. Les troubles constatés peuvent-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%), être attribués à un substrat organique objectivable, à un dysfonctionnement organique démontrable ou à un autre trouble organique démontrable ? 1.6. En particulier, les troubles constatés sont-ils dus à une lésion cérébrale objectivable ? L'expert neuroradiologue a-t-il à cet égard constaté des lésions cérébrales objectivées chez Mme A_____ ? 1.7. Les troubles constatés sont-ils dus à un syndrome post-distorsion de la colonne cervicale ? 1.8. Quelles sont les limitations fonctionnelles de Mme A_____ ? 1.9. Constatez-vous une discordance entre les plaintes de Mme A_____ et les signes cliniques objectifs ?

2. Causalité 2.1 Les troubles constatés sont-ils, au degré de la vraisemblance prépondérante (probabilité > 50%), une conséquence de l'accident du 27 octobre 2001 ? Veuillez détailler votre réponse, en fonction de chaque trouble. 2.2. Si des lésions cérébrales ont été objectivées, celles-ci sont-elles dues à l'accident de façon certaine (probabilité de 100%), probable (probabilité > 50%) ou seulement possible (probabilité < 50%) ? Quels sont les troubles occasionnés par ces lésions ? 2.3. L'examen neuropsychologique a-t-il révélé des troubles ? Si oui, ceux-ci sont-ils dus à l'accident de façon certaine (probabilité de 100%), probable (probabilité > 50%) ou seulement possible (probabilité < 50%) 2.4. Mme A_____ présentait-elle un état préexistant à l'accident du 27 octobre 2001 ? 2.4.1. Si oui, l'accident du 27 octobre 2001 a-t-il causé une aggravation passagère ou déterminante de cet état préexistant ? 2.4.2. Si oui, à partir de quelle date le status quo ante, respectivement le status quo sine, a-t-il été atteint avec une vraisemblance prépondérante ? 2.5. Y a-t-il eu, avec une vraisemblance prépondérante, une réaction psychique inhabituelle à la suite de l'accident du 27 octobre 2001 ? Si oui, cette affection occupe-t-elle le premier plan par rapport aux autres troubles ?

3. Incapacité de travail 3.1. Quelle est la capacité de travail de Mme A_____ dans son ancienne activité de secrétaire médicale et comment celle-ci a-t-elle évolué depuis l'accident ? 3.1.1. Quelles sont les limitations fonctionnelles qui réduisent la capacité de travail de Mme A_____ dans l'ancienne activité de secrétaire médicale ? 3.1.2. A quel

degré évaluez-vous l'incapacité de travail de Mme A_____ causée par l'accident, dans son activité habituelle de secrétaire médicale ? Depuis quelle date ? Cette incapacité de travail est-elle durable ? 3.1.3. Si Mme A_____ présente une incapacité de travail, celle-ci est-elle exclusivement due à l'accident ou des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle ? Si oui, dans quelle mesure ? 3.2. Quelle est la capacité de travail de Mme A_____ dans une activité adaptée à son état de santé ? Depuis quelle date une telle capacité de travail existe ? 3.2.1. Quelle sont les limitations fonctionnelles qui réduisent la capacité de travail de Mme A_____ dans toutes activités ? 3.2.2. A quel degré évaluez-vous l'incapacité de travail de Mme A_____ causée par l'accident, dans toutes activités ? Depuis quelle date ? Cette incapacité de travail est-elle durable ? 4. Etat définitif 4.1. L'état médical définitif a-t-il été atteint (au degré de la vraisemblance prépondérante) ? Et si oui, depuis quand ? 4.2. Des traitements médicaux sont-ils nécessaires en vue d'améliorer notablement l'état de santé dû à l'accident ou afin d'empêcher une notable détérioration de celui-ci ? 4.3. Mme A_____ a-t-elle, en raison des suites de l'accident, subi l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ? A-t-elle présenté des douleurs intenses ? Des difficultés sont-elles apparues au cours de la guérison ou des complications importantes sont-elles survenues ? 5. Avis médicaux antérieurs 5.1. Etes-vous d'accord avec les constatations et conclusions du rapport d'expertise du CHUV du 1^{er} juillet 2011 (dossier pièces principales) ? En particulier avec la constatation d'une incapacité de travail de 10-20% et la présence d'un syndrome douloureux cervical chronique, associé à des troubles vertigineux, affectifs et cognitifs sans lésions structurelles organiques ? 5.2. Etes-vous d'accord avec la conclusion du Dr Q_____ (avis des 2 décembre 2005 et 30 mars 2007 – dossier pièces principales) selon laquelle Mme A_____ présente certainement un obstacle mécanique extrinsèque à la jonction cervico-occipitale, en lien avec la dysfonction cervicale suite au traumatisme ? Si oui, cette conclusion permet-elle d'objectiver une lésion cérébrale ? 5.3. Etes-vous d'accord avec l'avis du Dr C_____ du 20 octobre 2011 (dossier pièces principales) ? En particulier avec le diagnostic d'entorse cervicale et traumatisme cranio-cérébral avec séquelles ligamentaires (C1-C2), vasculaires (artère vertébrale droite), troubles auditifs et visuels, troubles mnésiques et exécutifs causés par l'accident du 27 octobre 2001 ? 6. Indemnité pour atteinte à l'intégrité (état définitif atteint)

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