

GE_GERICHTE A/321/2009 vom 28. Mai 2010

GE Cour de justice, 2010-05-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_321_2009

FR: GE_GERICHTE A/321/2009 du 28 mai 2010

IT: GE_GERICHTE A/321/2009 del 28 maggio 2010

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 28.05.2010
A/321/2009

A/321/2009 ATAS/610/2010 du 28.05.2010 (LAA) , REJETE Recours TF déposé le 06.07.2010, rendu le 03.06.2011, REJETE, 8C_575/2010 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/321/2009 ATAS/610/2010 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 4 du 28 mai 2010 En la cause Madame V _____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUE recourante contre X _____ SUISSE, Service juridique, Case postale, X _____, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT Madame V _____, née en 1959, titulaire du brevet d'avocat, a exercé à plein temps la profession de juriste pour le compte du service du contentieux de X _____ à Genève. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non-professionnels auprès de X _____. Elle a été licenciée au 31 juillet 2003 pour des raisons économiques. Le 23 février 2002, la voiture de l'assurée a percuté un rocher après avoir roulé sur une plaque de glace. L'intéressée a consulté son médecin traitant deux jours plus tard et le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral a été posé. Une incapacité de travail totale puis partielle ont été attestées respectivement du 23 février au 4 mars, puis du 5 au 24 mars 2002. Le traitement a pris fin le 3 juillet 2002. L'assurée a été victime d'un second accident le 28 juin 2002 : elle a chuté d'un tabouret et sa tête a violemment heurté le sol. A cette occasion, le diagnostic de traumatisme de l'épaule droite et du crâne a été posé par le docteur A _____, médecin traitant. Celui-ci avait au préalable fait pratiquer divers examens radiologiques (radiographies du thorax, du bassin, du crâne et du rachis cervical ; IRM crânio-faciale) qui tous se sont révélés dans les limites de la norme (à l'exception d'une discopathie débutante C5-C6), ne démontrant en particulier aucune lésion post-traumatique. Une incapacité de travail entière a été attestée du 28 au 30 juin 2002, puis partielle du 1^{er} au 22 juillet 2002. Le traitement des symptômes (insomnie, céphalées, tension dans les oreilles, troubles de la concentration et de la mémoire et fatigue chronique) s'est achevé le 14 février 2003. Le neurologue consulté, le docteur B _____, a considéré que la clinique était compatible avec un syndrome post-traumatique vraisemblablement entretenu par une reprise de travail peut-être un peu précoce. Il mentionnait l'importance du repos et les bénéfices que pourrait engendrer l'augmentation de la posologie médicamenteuse. Une rechute a toutefois été annoncée avec un arrêt de travail à 50 % dès le 9 mai 2003. En date du 10 juillet 2003, l'intéressée a été victime d'un nouvel accident de la circulation routière : alors qu'elle était arrêtée à un feu rouge, sa voiture a été percutée par l'arrière. Elle a été vue en consultation deux jours plus tard par la doctoresse C _____, qui a mentionné des cervicalgies sur entorse cervicale (« coup du lapin »). Le port d'une minerve et la prise d'antalgiques ont été prescrits. A compter du 17 juillet 2003, le médecin traitant a certifié un arrêt de travail total

pour une durée indéterminée. Outre le traumatisme par mécanisme de type « coup du lapin », il a relaté que sa patiente était déjà en traitement pour une dépression réactionnelle post-traumatique suite à des accidents antérieurs. Au vu de son incapacité de travail de 50 % depuis le 9 mai 2003, le contrat de travail de l'assurée a été prolongé jusqu'au 31 janvier 2004. Depuis lors, elle a commencé à travailler quelques heures par semaine en tant qu'avocate indépendante. Instruisant les suites des trois premiers accidents, X_____ a estimé nécessaire de mettre en œuvre une expertise neurologique. Cette mesure a toutefois été suspendue, en raison de la survenance d'un quatrième accident. En effet, arrêtée à un stop, la voiture de l'intéressée a été heurtée par l'arrière par un autre véhicule en date du 9 août 2003. L'événement, qualifié médicalement de « coup du lapin », n'a pas nécessité de traitement. L'assurée a été adressée par son médecin traitant - qui a précisé en date du 22 août 2003 que sa patiente prenait des antidépresseurs (Zoloft) antérieurement aux accidents, soit depuis 2000, pour réduire le stress provoqué par une hypoacousie et une hypersensibilité vestibulaire - vers divers spécialistes. Dans un rapport du 21 août 2003, la doctoresse D_____, du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, a expliqué qu'une approche par relaxation avait été proposée à la patiente pour endiguer ces céphalées. L'intéressée avait dans un premier temps déclaré bénéficier de cette prise en charge, qu'elle avait toutefois interrompue suite au décès subit de son père. Elle n'avait plus été revue après le 1^{er} juillet 2003. Les docteurs E_____ et F_____ ont quant à eux posé les diagnostics de céphalées chroniques post-traumatiques de l'hémicrâne gauche et cervicalgies chroniques gauches dans le cadre de plusieurs whiplash trauma, dans un rapport du 16 octobre 2003. En l'absence de troubles spécifiques, notamment moteur ou sensitif, des examens complémentaires n'ont pas été proposés, mais une évaluation neuropsychologique a été préconisée. Celle-ci a été réalisée en date du 12 novembre 2003. Dans son rapport y relatif, le neuropsychologue G_____ a fait état de plaintes sous la forme de céphalées, acouphène, discrète baisse de l'audition, fatigabilité importante, troubles de la concentration, manque du mot occasionnel, épisodes de confusion associés à des moments de panique, ainsi que des symptômes dépressifs au printemps 2003 que l'intéressée reliait à divers événements stressants (notamment licenciement et décès du père). L'examen avait permis de mettre en évidence des fluctuations attentionnelles et une fatigabilité importante, ainsi que des résultats insuffisants à une épreuve de mémoire immédiate sur matériel verbal. Les autres sphères cognitives étaient globalement préservées. Vu que la patiente paraissait très affectée par ses difficultés cognitives et qu'elle présentait des conduites d'auto-dévaluation, une poursuite de la prise en charge psychologique était souhaitée. Au final, le neuropsychologue a considéré que l'atteinte légère s'inscrivait vraisemblablement dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. Le 7 décembre 2004, le docteur H_____, du service de psychiatrie adulte des HUG, a déclaré que l'assurée avait été brièvement suivie à la consultation psychiatrique dès juillet 2003. Elle présentait alors une humeur discrètement diminuée avec labilité émotionnelle, ainsi qu'une tension psychique nettement perceptible ; elle démontrait également une anticipation anxieuse quant à l'avenir, des sentiments de dévalorisation et d'insuffisance. Le diagnostic retenu était celui d'épisode dépressif sévère F32.2. Le médecin mentionnait enfin que d'après l'intéressée elle-même, la problématique aurait débuté au début de l'année 2002 suite au premier accident de voiture. Le 12 février 2005, le médecin traitant relatait suspecter une fibromyalgie, et posait les diagnostics de status séquellaire de lésions de SPE et SPI et de lombalgies. Il évoquait la persistance de douleurs lombaires et de la jambe droite, ainsi qu'un tonus musculaire toujours diminué et parlait de

choc neurogène avec les effets cumulatifs des accidents. Quant à l'état neuropsychologique, il s'aggravait progressivement. Le docteur I_____ (avis du 9 mai 2005), du service de neurologie des HUG, a diagnostiqué un status post-traumatisme crânio-cérébral sur chute le 28 février 2002 ; un status post-chute depuis la hauteur de sa chaise avec entorse cervicale et deuxième commotion le 28 juin 2002 ; une entorse cervicale le 10 juillet 2003 (en voiture) ; une hépatite C chronique depuis une trentaine d'années ; un status post-syndrome des loges au niveau du membre supérieur droit, il y a 25 ans, sans séquelle ; un status post-discectomie lombaire L5 gauche ; des troubles mnésiques, ayant régressé suite à l'intervention. Il a fait état d'un examen neurologique dans la norme, comme en 2003, à part une épaule gauche plus haute que la droite et une discrète contracture au niveau du trapèze droit. Un nouvel examen neuropsychologique était préconisé. Cette consultation a eu lieu en juillet 2005 (rapport de la neuropsychologue W_____ du 25 juillet 2005). Il est conclu à l'existence, au premier plan, de signes manifestes de souffrance psychique dont l'intensité était telle que les investigations psychométriques en étaient perturbées. La psychologue a donc estimé qu'une reprise du soutien psychothérapeutique et un re-dosage du traitement antidépresseur paraissaient indispensables dans les meilleurs délais. L'assureur a mis en place une expertise pluridisciplinaire confiée au CEMed, après confirmation de la décision y relative par le Tribunal de céans (arrêt du 24 août 2005 ; ATAS/682/2005). Les experts (docteurs LEUBA MANUEDDU, rhumatologue, L_____, psychiatre, et M_____, neurologue) ont rendu leur rapport en date du 2 juin 2006, après avoir examiné l'assurée le 24 janvier 2006. Ils ont exposé que celle-ci se plaignait, suite aux quatre accidents vécus, de douleurs plutôt chroniques, sous forme de cervicalgies latéralisées à gauche irradiant dans le membre supérieur gauche, l'omoplate gauche et la région crânienne gauche, puis progressivement au niveau dorso-lombaire gauche depuis une année environ et s'accompagnant d'un manque de la sensibilité des mains. Elle se décrivait très limitée dans ses activités de la vie quotidienne, fatigable à l'effort principalement la marche, de plus elle décrivait des troubles de la concentration, de l'attention, qui s'étaient aggravés depuis les accidents. Des douleurs faciales gauches étaient également relatées par l'expertisée, à type de pression/tension se compliquant de phénomènes de décharges électriques lors de certains mouvements brusques, de même que des acouphènes bilatéraux et des troubles du sommeil. A l'examen somatique, l'assurée était en bon état général avec une bonne musculature, l'examen ostéo-articulaire ne montrait aucune anomalie significative. A l'examen neurologique, une discrète instabilité non significative était mentionnée, ainsi qu'une parésie de la marche sur les talons à droite séquellaire d'un syndrome de loge du membre inférieur droit survenu préalablement aux événements accidentels et sans relation avec ces derniers. Il en allait de même du ralentissement des mouvements rapides au niveau du membre inférieur droit, de l'aréflexie achilléenne droite, du déficit modéré de l'extension du pied et des orteils droits et de l'hypoesthésie tactile et douloureuse du dos du pied droit. L'examen neurologique se révélait donc sans anomalie significative en relation avec les conséquences éventuelles des événements accidentels subis récemment. Quant à l'imagerie radiologique, elle montrait des éléments de dégénérescence normale pour l'âge et l'IRM cérébrale était normale. En résumé, l'assurée présentait un tableau de plaintes multiples et étendues pour lequel l'examen clinique et l'imagerie médicale n'avaient pas d'explication. En ce qui concernait plus particulièrement les douleurs cervicales et faciales gauches, il y avait probablement eu un phénomène de distorsion de la colonne cervicale, mais, deux ans après le dernier accident, la relation de causalité ne pouvait plus qu'être possible. Il en allait de même des

troubles de la mémoire et de la concentration, sachant d'une part que les accidents étaient mineurs et que, d'autre part, l'IRM cérébrale était normale. Sur le plan psychique, l'expertisée déclarait se sentir bien, ne pas être du tout déprimée, ne pas souffrir d'angoisses, mais avait des réactions caractérielles et ne supportait pas les gens. Il n'y avait aucun symptôme en relation avec les accidents, tels peur excessive, flash back ou cauchemar. L'ensemble des éléments constatés, ainsi que le profil existentiel (vie solitaire, difficultés à établir des relations proches et durables) et la relation au corps essentiellement à travers le sport conduisaient les experts à poser le diagnostic de personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), certainement dans un registre prépsychotique. La symptomatologie présentée (cervicalgies latéralisées à gauche, cervico-scapulo-brachialgies gauches non déficitaires ; lombalgies latéralisées à gauche et autres troubles) était à mettre en relation avec cette personnalité, antérieure aux accidents, qui s'était décompensée au fil des événements de vie et que les accidents successifs n'avaient fait que révéler et non provoquer. La décompensation d'une personnalité borderline était fréquente, en dehors de tout traumatisme aigu, en particulier psychique, et elle était causée par une structuration insuffisante de la personnalité qui ne réussissait pas à la longue à gérer les stress successifs et les autres émotions qui y étaient rattachées. La thérapie psychologique en cours était considérée comme nécessaire, mais à la charge de la caisse maladie. Toutefois, la thérapie neuropsychologique pouvait être interrompue, faute de nécessité, car les troubles observés étaient induits par l'état psychique, notamment les angoisses. En résumé, les experts considéraient se trouver devant un phénomène de chronicisation de douleurs rachidiennes qui, selon l'expérience médicale, n'étaient pas à mettre en relation avec l'un ou l'autre des accidents vécus. Sur le plan neurologique, les troubles présentés avaient vraisemblablement correspondu initialement à un syndrome post-commotionnel/après distorsion cervicale. Néanmoins, actuellement, ces troubles faisaient désormais également partie du phénomène de chronicisation sans relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel. Les troubles psychiques et neuropsychologiques étaient en relation avec la personnalité borderline, sans lien avec l'accident. Il ne fallait plus escompter d'amélioration sensible de l'état de santé de l'expertisée par la poursuite du traitement médical, qui était à la charge de l'assurance-maladie. L'incapacité de travail n'était donc pas à mettre sur le compte des accidents, mais de l'affection malade psychiatrique. Les troubles causés par les accidents des 23 février 2002 et 28 juin 2002 n'étaient par ailleurs pas de nature à entraîner une incapacité de travail au-delà d'une période de quelques semaines après chacun des événements considérés. Sur question de l'assureur, les experts ont encore précisé, dans un complément du 22 septembre 2006, qu'il était difficile de se prononcer sur le retour au status quo sine concernant chacun des événements accidentels. Globalement, ils ont estimé qu'on pouvait toutefois fixer ce moment au plus tard 6 mois après le dernier événement accidentel. Le 3 mai 2007, la X_____ a mis un terme aux prestations avec effet au 31 janvier 2004. L'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision en produisant notamment un rapport d'expertise privée émanant du service de neurologie des HUG du 10 juillet 2007. Après avoir examiné l'intéressée, pris connaissance du dossier transmis par son mandataire et fait procéder à un examen neuropsychologique, les docteurs I_____ et J_____ ont posé les diagnostics de souffrance cérébrale post-commotionnelle d'intensité légère ; syndrome cervico-brachial post-traumatique ; hépatite chronique C génotype 2 stable ; status post-syndrome des loges de la cuisse droite il y a 25 ans, sans séquelle invalidante ; status post-dysectomie lombaire L5 gauche. L'expertisée présentait

des troubles classiques mais inhabituels après un accident de type whiplash, dans le sens que ledit tableau ne concernait qu'une minorité de patients. Il était également plus intense que ce qui pouvait être attendu, en raison d'un probable effet d'addition des différents traumatismes crâniens (notion de « Second Impact »). Les premiers symptômes étaient apparus après le premier accident de février 2002, mais s'étaient amplifiés et chronicisés suite aux accidents suivants, particulièrement le deuxième. Les troubles neurologiques n'étaient pas relégués au second plan par des troubles psychiques. Les troubles constatés étaient, à un degré de vraisemblance, en rapport de causalité avec les accidents survenus entre 2002 et 2003. Il était précisé à ce titre l'effet de sommation probable, la relation temporelle avec les accidents, l'organisation cognitive actuelle, la rectitude cervicale et la stabilité des radiographies osseuses depuis 2002 ; l'hépatite chronique était par ailleurs négligeable pour le moment, du point de vue de ses effets possibles sur la fatigabilité. Les troubles étaient responsables d'une incapacité de travail dans la profession de conseillère juridique ou d'avocate, le rendement étant diminué de 40 % dans un contexte de post TCC selon les critères médicaux (20 % par les troubles cognitifs et 20 % par la fatigabilité), même si subjectivement l'invalidité était ressentie comme plus importante. Le traitement devait être poursuivi sous la forme d'une prise en charge ponctuelle de physiothérapie en fonction des cervico-brachialgies et d'un soutien psychologique. En outre, l'assurée présentait une atteinte à l'intégrité évaluée de la manière suivante : ostéochondrose et douleurs associées 5 % ; troubles neuropsychologiques 10 % ; troubles de l'humeur 5 %. Enfin, sur la base des considérations de la neuropsychologue, il était suggéré une expertise psychiatrique, tout en précisant que celle-ci n'aurait pas de conséquence sur l'avis neurologique. Madame J_____, spécialiste en neuropsychologie, a procédé à l'évaluation de la recourante sur demande des docteurs I_____ et J_____ (rapport du 22 juin 2007). Elle a relaté que son examen mettait en évidence de légères difficultés attentionnelles, auxquelles s'associaient des rendements subnormaux dans les tests sollicitant la mémoire à court terme dans les deux modalités, un déficit modéré dans une tâche d'auto-activation en modalité auditivo-verbale, ainsi qu'une fatigabilité intellectuelle. Comparativement au premier bilan neuropsychologique effectué en 2003, elle relevait une diminution des rendements dans un test d'auto-activation, le reste des difficultés étant de nature et d'intensité superposables. L'association de légers problèmes d'attention et d'une fatigabilité intellectuelle décrite anamnestiquement et observée cliniquement était compatible avec les séquelles d'une souffrance cérébrale post-commotionnelle d'intensité légère. Toutefois, certains éléments, et notamment la diminution des rendements relevés dans un test d'auto-activation sans autre facteur aggravant connu, traduisaient l'existence de facteurs étrangers à l'accident, vraisemblablement de nature thymique, susceptibles d'influencer le fonctionnement cognitif de l'assurée. Ils expliquaient, de l'avis de la neuropsychologue, les fluctuations de l'état général décrites par l'intéressée et, à ce titre, une expertise psychiatrique semblait indiquée. Compte tenu de la fatigabilité observée et décrite, une répercussion sur la capacité de travail pouvait être envisagée. Vu la modération des difficultés neuropsychologiques résiduelles, l'atteinte à l'intégrité était considérée comme minimale à modérée (10 %). Suite à la réception de ces documents médicaux, la X_____ a décidé de mettre en œuvre un complément d'expertise auprès du CEMed. Cette institution a rendu un rapport (du 21 octobre 2008) co-signé par les docteurs M_____, L_____ et la neuropsychologue U_____ après avoir fait passer un examen neuropsychologique et des examens radiologiques à l'assurée, et pris connaissance des pièces complémentaires du dossier. L'examen neuropsychologique a mis en évidence

un comportement collaborant, mais avec manifestation colérique (contre le système social, les assurances, les gens en général) et de peur (de perdre son travail et de devenir dépendante). L'assurée déclarait se conditionner pour travailler et rester structurée. Le comportement était adéquat durant l'entretien, mais l'intéressée évoquait des attitudes de colère paraissant peu adaptées, surtout compte tenu de son histoire (en voiture, freine lorsqu'un véhicule la suit de près). Le discours était assez logorrhéique, désorganisé et peu précis. Il n'y avait pas de ralentissement cliniquement, ni de fatigabilité particulière durant les trois heures d'entretien et de tests. L'assurée se plaignait de son cou, de son dos et de sa vie qui avait changé ; elle parlait de son agressivité contre le monde, mais n'exprimait pas de plaintes en rapport avec des troubles neuropsychologiques, ni ne mentionnait explicitement une fatigue. Elle exprimait surtout un mal-être à travers la manifestation d'une colère importante. Son humeur serait fluctuante entre agressivité et euphorie, selon ses dires. Des résultats légèrement déficitaires au niveau de l'attention et de la mémoire immédiate et de travail étaient relevés. Les fonctions exécutives se révélaient sans particularité (hormis des rendements limite en auto-activation mentale verbale). Les fonctions instrumentales étaient préservées, mais le discours était logorrhéique et peu structuré. Comparativement au dernier examen neuropsychologique effectué par Madame J_____, les résultats paraissaient globalement superposables. La récupération des capacités semblait par conséquent stabilisée. L'atteinte à l'intégrité neuropsychologique était donc à considérer comme minime à modérée (10 %) et la capacité de travail dans la profession exercée était de 70 % à 80 % avec rendement équivalent. Dans leur appréciation du cas, les experts ont tout d'abord explicité leurs conclusions figurant dans le rapport initial de 2006. Ils avaient à l'époque estimé que la symptomatologie présentée était à mettre essentiellement en relation avec les troubles de la personnalité antérieurs aux accidents qui s'étaient décompensés au fil des événements de vie. Les accidents successifs, ainsi que le licenciement et le décès du père, n'avaient fait que révéler et non provoquer les troubles de la personnalité borderline. La décompensation d'une personnalité borderline était fréquente, en dehors même de tout traumatisme aigu, en particulier psychique, en raison d'une structuration de la personnalité insuffisante, ne réussissant pas à la longue à gérer les stress successifs et autres émotions qui y sont rattachées. En résumé, les différents accidents, le licenciement et le décès du père de l'expertisée avaient contribué à décompenser la personnalité antérieure de la patiente, sans que l'on puisse considérer un rôle déterminant des différents accidents per se, vu le caractère objectivement modeste de ces derniers qui n'étaient pas de nature à entraîner des plaintes de l'importance de celles de l'assurée. Pour ces motifs, un lien de causalité naturelle entre les plaintes (surtout leur importance) et les différents événements accidentels n'avait pas été retenu. Toutefois, les accidents avaient causé des commotions cérébrales et distorsions cervicales pouvant générer des céphalées et des cervicalgies, mais l'évolution aurait dû être beaucoup plus favorable. Ensuite, les experts ont estimé que l'examen neurologique auquel ils avaient procédé en 2006 était superposable à celui du docteur I_____ réalisé en 2007 ; il ne se justifiait donc pas de le réitérer. Quant au bilan radiologique extensif, il s'était révélé normal, sans lésion post-traumatique en particulier. Seules une limitation modérée de la nuque, sans instabilité pathologique, et une légère discopathie en regard des espaces intersomatiques C4-C5 et C5-C6 avaient pu être constatées. Les nouveaux examens pratiqués n'apportaient pas d'arguments déterminants pour modifier l'appréciation formulée en 2006. S'agissant des rachialgies cervico-dorso-lombaires décrites par la patiente, l'examen clinique et le bilan radiologique permettaient d'écarter une cause

structurelle majeure tant post-traumatique que dégénérative. Il était vraisemblable que les différents accidents subis avaient été à l'origine d'un TCC mineur (susceptible d'entraîner des céphalées post-traumatiques modérées), ainsi que de distorsions cervicales simples (de degré I, éventuellement II sur la Québec Task Force). Celles-ci pouvaient générer des rachialgies, mais cette composante de la symptomatologie avait certainement été entretenue/aggravée par le contexte psychologique. En tant que conséquence des différents accidents, sur le plan algique, on pouvait retenir tout au plus la persistance de quelques cervicalgies et céphalées modérées ne devant pas entraîner de handicap significatif dans la vie personnelle et professionnelle. Quant aux plaintes « neuropsychologiques » et psychiques, il ne faisait aucun doute que leur majorité était en relation avec des facteurs de personnalité comme l'avait démontré la consultation psychiatrique de 2006. Les deux bilans neuropsychologiques détaillés (Madame W _____ et Madame U _____) mettaient en évidence des troubles de l'attention, tels que l'on pouvait effectivement les rencontrer dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale. Mais l'ensemble des auteurs soulignait que les plaintes de ce type étaient aspécifiques, c'est-à-dire qu'elles ne pouvaient être considérées comme pathognomiques d'un syndrome post-commotionnel/post-distorsion cervicale et pouvaient se rencontrer également de façon identique lors de douleurs chroniques et dans le cadre d'altérations psychologiques. Dans le cas de l'assurée, les experts estimaient, de façon quelque peu contraire aux neuropsychologues, que la relation de causalité entre les plaintes neuropsychologiques formulées par l'intéressée et les différents événements accidentels n'était que possible, n'atteignant pas le degré de haute vraisemblance au vu du caractère objectivement modeste des différents événements accidentels, de la non-spécificité des troubles et du contexte psychologique. En ce qui concernait finalement l'effet de sommation mentionné par le docteur I _____, il était effectivement décrit par plusieurs auteurs en cas d'événements accidentels de type TCC/distorsion cervicale ; les experts considéraient cependant que l'importance des quatre événements accidentels n'avait pas été suffisante pour pouvoir parler d'effet d'addition, ceci également au vu du contexte psychologique dont les effets paraissaient prédominants dans l'évolution du cas. Si l'effet de sommation avait existé, il avait été plutôt psychologique que somatique. Globalement, les conclusions figurant au terme de l'expertise initiale étaient donc maintenues. X _____ a retenu les conclusions des experts mandatés par ses soins pour nier un lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par son assurée et les événements accidentels couverts au-delà du 31 janvier 2004. Par ailleurs, elle a également nié l'existence d'un lien de causalité adéquate. Pour ce faire, elle s'est basée sur les critères développés par la jurisprudence en cas de troubles d'ordre psychique, le tableau clinique présenté n'étant pas typique de celui d'un traumatisme de type « coup du lapin ». En conséquence, elle a confirmé, dans sa décision sur opposition du 17 décembre 2008, la fin du droit aux prestations au 31 janvier 2004. Par acte du 2 février 2009, V _____, représentée par son mandataire, interjette recours à l'encontre de cette décision, dont elle requiert l'annulation. Sous suite de dépens, elle conclut au versement des indemnités journalières depuis le 1^{er} juillet 2006 à raison d'une incapacité de travail de 50 % jusqu'au moment où les conditions d'ouverture du droit à une rente seront réunies, intérêts moratoires à 5 % en sus ; au versement d'une rente d'invalidité à fixer par X _____, intérêts moratoires à 5 % en sus ; à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 20 %, soit 21'360 fr., intérêts moratoires à 5 % en sus ; à la poursuite de la prise en charge des frais de traitement, notamment d'un suivi psychologique, neuropsychologique et physiothérapeutique. Elle conclut en outre à la restitution de l'effet

suspensif au recours. A l'appui de ses conclusions au fond, la recourante fait valoir en substance que l'expertise (et son complément) réalisés par le CEMed ne remplit manifestement pas les critères pour que lui soit reconnue pleine valeur probante. Singulièrement, elle allègue qu'aucune pièce du dossier ne permet d'étayer l'existence d'un trouble psychiatrique antérieurement aux accidents. De même, rien ne permet d'inférer un profil existentiel tel que décrit par les experts. La partie descriptive de l'expertise ne contient d'ailleurs pas d'anamnèse psychosociale. L'analyse des experts relève, de l'avis de l'intéressée, de l'approche purement dogmatique sans lien avec les constatations de fait objectives. Ceux-ci se contentent de partir du présupposé selon lequel des troubles crânio-cervicaux, sans atteinte objectivable manifeste, devraient évoluer favorablement après quelques semaines, voire quelques mois, raison pour laquelle ils se sont focalisés sur une explication psychique, ce qui correspondrait à la propension des tenants des études réalisées par l'industrie assurantielle décrite dans la littérature médicale. A ce propos, la recourante produit l'extrait d'un article intitulé « Limitations of the Quebec task force on whiplash associated disorders » qui critique la valeur de cette étude, sur laquelle s'appuient les experts. Par contre, le rapport d'expertise privée diligentée par le service de neurologie des HUG a pleine force probante. Les constatations de l'examen neuropsychologique effectué à cette occasion sont au demeurant corroborées par celles de Madame U_____ du CEMed et il existe donc un consensus à cet égard. Les experts privés sont arrivés à la conclusion que les troubles constatés sont en relation de causalité naturelle vraisemblable avec les accidents survenus. Se référant à la littérature médicale, ils ont décrit l'effet cumulatif des impacts successifs. Ensuite, faisant valoir les rapports des radiologues, le diagnostic de syndrome cervico-brachial de nature post-traumatique, ainsi que la mention, par le docteur I_____, du fait que les troubles organiques constatés (augmentation de la rectitude des troubles dégénératifs cervicaux) peuvent expliquer en partie les symptômes présents, elle conteste l'application faite par l'intimée de la jurisprudence relative aux troubles en l'absence de preuve d'un déficit organique objectivable. Or, l'appréciation selon les principes ordinaires conduit à la reconnaissance non seulement d'un lien de causalité naturelle, tel qu'admis au degré de vraisemblance par les experts privés, mais aussi d'un lien de causalité adéquate. Si le caractère objectivable des déficits organiques devait être douteux, il conviendrait alors que le Tribunal fasse procéder à une expertise médicale. Et même si l'on devait nier l'existence de déficits organiques, la causalité devait être reconnue. En effet, la causalité naturelle a été clairement établie par les docteurs I_____ et J_____. Quant à la causalité adéquate, elle devait s'apprécier en regard des critères – présentement remplis – applicables aux suites de traumatismes de type « coup du lapin », et de façon globale compte tenu de l'effet cumulatif des impacts successifs. Enfin, s'agissant de sa capacité de travail résiduelle, elle estime qu'au regard des divers documents médicaux, en particulier du courrier envoyé par le docteur L_____ le 26 janvier 2007 à l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE – saisi d'une demande de prestations – et de l'avis du Service médical de cet office reproduit dans un rapport de réadaptation du 9 octobre 2007, elle est totalement incapable d'exercer son ancienne activité. Par contre, en tant qu'indépendante, sa capacité est de 50 %. Suite à la détermination de l'intimée (écriture du 25 février 2009) sur la demande de retrait de l'effet suspensif, la recourante a retiré sa conclusion y relative. Dans son complément au recours, la recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir investigué les « dysfonctions cervicales hautes qui prédominent en C1 avec de nombreux points gâchette (triggerpoints) au niveau de la musculature sous-occipitale et sur les trapèzes des deux côtés » relatés par son

médecin traitant, le docteur K_____, dans son rapport du 7 juin 2005. Par ailleurs, elle conteste la qualification de gravité légère donnée aux accidents qu'elle a subis, en l'absence d'instruction sur ce point. Ses collègues de travail, reçus chez elle après qu'elle ait chuté du tabouret, ainsi que la passagère de sa voiture lors de l'accident du 9 août 2003 auraient pu être entendus. Dans son mémoire de réponse du 3 juillet 2009, l'intimée fait tout d'abord remarquer qu'avant les accidents assurés, la recourante présentait déjà des troubles tant physiques (hépatite C, séquelles de syndrome des loges, séquelles de contusions cervicales, lombalgies, acouphènes) que psychiques (dépression, stress, fatigue, cauchemars, insomnies, personnalité borderline), lesquels l'ont amenée à réduire son taux d'activité à 80 %. La souffrance antérieure aux événements accidentels est indubitable, étant donné la prise, depuis 2000, de Zoloft et Stilnox. Le taux d'activité au moment du premier accident de février 2002 (80 %) correspond d'ailleurs au taux résiduel reconnu, 6 ans plus tard, par la neuropsychologue U_____ (70 à 80 %). Dans les suites immédiates des divers accidents, aucune lésion organique n'a été décelée, mais uniquement un syndrome post-commotionnel associant des céphalées, vertiges et troubles de la concentration. Pour ce qui est des céphalées, le docteur I_____ a rappelé, dans un rapport du 10 juillet 2007, qu'aucune douleur n'avait été décrite après l'accident de février 2002 et qu'il en allait de même pour les suites immédiates de la chute de juin 2002. Ce n'est qu'en septembre 2002 que les plaintes de céphalées sont rapportées par le docteur B_____ qui a procédé à un examen se révélant normal. Au début 2003, les céphalées ne sont d'ailleurs plus mentionnées. L'intimé considère que de toute manière, ces troubles se sont de toute façon suffisamment amendés, de même que les vertiges et troubles de la concentration, pour lui permettre de préparer et de réussir en octobre 2003 les examens du brevet en assurances sociales, puis accomplir l'activité exigeante d'avocate indépendante depuis début 2004. En sus, l'assurée exerce également l'activité accessoire de greffière pour le Tribunal des Prud'hommes, ainsi que celle d'enseignante auxiliaire. Sur le plan de la relation de causalité, l'intimée se base sur les conclusions des experts du CEMed pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle. Quant à la causalité adéquate, elle n'est de son avis pas non plus donnée. La jurisprudence en matière de troubles psychiques devait ici trouver application et les critères posés n'étaient manifestement pas réunis. En conséquence, X_____ conclut au rejet du recours. En annexe à ses écritures, l'assurance a produit copie du projet de décision de l'assurance-invalidité. Celui-ci estime, au vu de la modification des circonstances professionnelles, que des mesures d'ordre professionnel ne se justifient pas, l'activité d'avocate indépendante étant adaptée, au contraire de celle d'avocate salariée ou conseillère juridique. Dans cette dernière profession, l'incapacité de travail était totale, mais elle était de 50 % dans l'exercice de l'activité sous sa forme indépendante. Dès lors, l'OAI préavisait la reconnaissance d'un droit à une rente d'invalidité, dont le taux était variable dans le temps, en fonction des résultats financiers de l'activité lucrative. Le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties en date du 7 octobre 2009. A cette occasion, la recourante a expliqué qu'en réalité, le premier accident avait eu lieu en 2001 : elle était tombée d'une tribune en Suisse allemande et avait annoncé le cas à son assurance. C'est depuis ce moment qu'elle avait commencé à prendre des antidépresseurs. Quant à la réduction de son taux d'activité, c'était dans un premier temps pour des raisons de confort personnel. Elle a en outre émis des doutes quant à l'impartialité des experts du CEMed, dès lors que le docteur M_____ ne faisait que des expertises pour les assurances et que le CEMed était en lien avec l'AI et le SECO. Quant au mandataire de l'intimée, il a exposé que cette dernière n'avait pas jugé

utile d'investiguer sur les circonstances de l'accident de février 2002, dès lors que l'intéressée avait pu reprendre son activité rapidement. Il avait simplement repris la description faite par l'assurée. La cause a ensuite été gardée à juger. Ultérieurement, la recourante a fait parvenir au Tribunal copie de la facture de son carrossier pour les travaux effectués ensuite de l'accident de février 2002. Il en ressort que le pare-choc avant, la traverse, le radiateur à eau et le bas de pare-choc avant ont dû être changés. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA ; RS 832.20). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 janvier 2004, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles présentés au-delà de cette date et les accidents des 23 février 2002, 28 juin 2002, 10 juillet 2003 et 9 août 2003. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit en principe être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, pour la période courant jusqu'à cette date, puis à celle de la nouvelle réglementation pour la période postérieure. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions utiles à la résolution du présent litige selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative est toujours d'actualité, de sorte que l'entrée en vigueur de la LPGA se révèle sans incidence sur l'examen des prestations au fond. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.2 ; 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il

que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 117 V 359 consid. 4b). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue (ATF 134 V 109 consid. 9). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). c) En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5c/aa). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2). Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b ; cf. aussi ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; arrêts 8C_957/2008 du 1 er mai 2009, consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 3.2, et 8C_591/2007 du 14 mai 2008, consid. 3.1). d) En présence d'accidents successifs ayant des répercussions sur la même partie du corps, notamment en cas de distorsions cervicales ou de mécanismes similaires, la question de la causalité adéquate s'apprécie de façon globale, tant il est vrai qu'il n'est guère possible de distinguer entre les événements accidentels lequel a généré quelle conséquence particulière (cf. Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 52/2008, p. 67 ; arrêts non publiés du TF 8C_415/2007 du 1 er juillet 2008 consid. 5 et 8C_644/2009 du 17 mars 2010 consid. 5.2). Dans le cas d'espèce, l'intimée a donné mandat au CEMed de procéder à une expertise multidisciplinaire (neurologique, rhumatologique et psychiatrique) sur la personne de la recourante. Cette mesure d'instruction a été complétée ultérieurement par des examens radiologiques et une consultation neuropsychologique, ainsi qu'un nouvel avis rendu cette fois-ci sur dossier

(neurologue et psychiatre). La Juridiction de céans constate que l'ensemble des mesures d'instruction préconisées par la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 9) ont été diligentées. Le rapport du 2 juin 2006 et son complément du 21 octobre 2008, qu'il convient de considérer dans leur ensemble, ont été établis sur la base de l'intégralité du dossier de l'intéressée – dont la quasi-totalité des pièces médicales y est résumée – et d'une anamnèse détaillée à suffisance. On relèvera à ce dernier propos et pour faire suite aux griefs de la recourante que l'établissement de l'anamnèse – quelle que soit la nature de cette dernière – s'est révélée relativement laborieuse du fait du manque de collaboration de l'intéressée. Les constatations cliniques et les plaintes, de même que leur évolution temporelle, sont rapportées de manière circonstanciée et les conclusions sont clairement développées et explicitées. Dépourvu de contradiction et appuyé par des références de doctrine médicale de même que par un avis critique s'agissant des conclusions divergentes exprimées par d'autres praticiens, le rapport d'expertise du CEMed et son complément emportent la conviction, dès lors qu'ils remplissent tous les critères posés par la jurisprudence de notre Haute Cour à ce sujet (cf. ATF 125 V 352 consid. 3). Les reproches avancés par la recourante à l'encontre dudit rapport ne sauraient renverser l'appréciation ci-avant énoncée. En particulier, les allégations relatives à la soit disant partialité des experts ont été écartées par jugement de ce même Tribunal (ATAS/682/2005). Ensuite, les critiques relatives à la pauvreté de l'anamnèse ne sont pas fondées et, quoi qu'il en soit, seraient cas échéant à mettre sur le compte de l'intéressée elle-même qui semble ne pas avoir fait preuve d'une collaboration irréprochable. Les diverses remarques de la recourante s'agissant de l'errance prétendue des experts en regard de son mode de vie, ainsi que la production d'une carte de vœux signée par plusieurs personnes ne permettent pas de remettre en cause le bien-fondé des conclusions des experts. On relèvera que ceux-ci n'ont pas basé leurs diagnostics (psychiatrique en particulier) que sur le mode de vie de la recourante, mais aussi sur l'ensemble de son mode de fonctionnement, son comportement, ses propos rapportés dans d'autres pièces du dossier, l'ensemble du dossier en cause, ainsi et surtout sur leurs constatations cliniques. En ce qui concerne en particulier les références de doctrine médicale, il y a lieu de relever que ces dernières ne se limitent pas à la mention de la Quebec task force. Au demeurant, ce document n'a été utilisé que pour quantifier le degré de sévérité des distorsions cervicales et non pas leurs incidences. Dans ce contexte, les critiques émises par l'assurée tombent à faux. En outre, et contrairement à ce que soutient de façon péremptoire cette dernière, les experts se sont référés à réitérées reprises aux pièces du dossier pour motiver leur opinion. S'agissant finalement du fait que les médecins en charge de l'expertise se sont écartés des conclusions des neuropsychologues (du CEMed et des HUG) n'est pas déterminant. Il n'appartient en effet pas au neuropsychologue, qui fournit un bilan spécialisé dans le cadre d'une expertise dont la responsabilité repose sur des médecins, de se substituer à ces derniers. De toute manière, ce n'est pas l'avis isolé d'un consilium qui est déterminant, dès lors qu'il est par définition limité et sectoriel, mais bien les conclusions résultant du consensus médical après réalisation de tous les examens requis pour évaluer l'état de santé de la personne expertisée et ses conséquences sur la capacité de travail (arrêts non publiés du TF du 13 mars 2006, I 16/05 et du 4 juillet 2005, I 228/04). De son côté, la recourante a fait établir une expertise privée aux fins de laquelle elle a mandaté le service de neurologie des HUG. Les constatations de ce service, tant celles émanant de la neuropsychologue que celles des neurologues, sont tout à fait superposables aux observations des experts du CEMed. Les divergences ne se manifestent que dans les conclusions des deux rapports d'expertise. Il apparaît évident que ces divergences résultent

de la consultation, respectivement de l'absence de consultation psychiatrique dans chaque expertise. Or, dans la mesure où la neuropsychologue des HUG a indiqué l'opportunité de procéder à un tel examen, d'une part, et que les neurologues n'ont pas donné suite à cette suggestion tout en omettant de prendre position sur l'avis psychiatrique émis par le docteur L_____ dans le cadre de l'expertise du CEMed d'autre part, les conclusions auxquelles ils aboutissent ne sauraient se voir reconnaître pleine valeur probante. Ce d'autant plus qu'ils ont considéré, de manière préalable et sans justification aucune, que leurs conclusions ne pourraient être remises en question quel que soit le résultat d'une évaluation psychiatrique. Cette remarque, dénuée de fondement scientifique, ôte tout crédit aux conclusions des experts privés. On ajoutera encore que les médecins ont omis d'expliquer pourquoi ils écartaient l'avis de la neuropsychologue, dans la mesure où elle attribuait une part de la symptomatologie à des troubles thymiques. Enfin, on comprend encore moins pour quelle raison ils mettent sur le compte de troubles de l'humeur une partie de l'atteinte à l'intégrité, de surcroît en l'absence de diagnostics psychiatrique. Le Tribunal de céans considère donc que les troubles présentés par la recourante à compter du 1^{er} février 2004 (soit 6 mois après le dernier des quatre accidents) sont à mettre en lien avec une atteinte de nature psychique, singulièrement un trouble de la personnalité limite de type borderline. Par ailleurs, lesdits troubles ne présentent plus de lien de causalité naturelle avec les événements accidentels à compter de la même date, suivant l'avis des experts du CEMed. Il s'ensuit que la décision par laquelle l'intimée a mis un terme à ses prestations au-delà du 31 janvier 2004 est justifiée. a) Par surabondance de droit, le Tribunal de céans tient à préciser que quand bien même la reconnaissance d'un lien de causalité eût dû être admise, le sort de la cause ne s'en serait pas trouvé modifié pour autant. En effet, le lien de causalité adéquate n'est de toute évidence pas non plus rempli. b) Le seul diagnostic persistant au-delà de la date litigieuse de suppression des prestations est celui de trouble de la personnalité limite de type borderline, soit un diagnostic du registre psychiatrique. Quoi qu'en dise la recourante, l'ensemble de ses plaintes ne ressortit plus à la sphère somatique à compter de cette date. Les quelques maigres trouvailles radiologiques soit relèvent d'altérations d'ordre dégénératif, donc pas à charge de l'assureur-accidents, soit ont été exposées comme n'ayant pas d'influence. Quant aux constatations du médecin traitant (le docteur K_____, rapport du 7 juin 2005), elles ont été dûment prises en considération par les experts qui disposaient de l'intégralité du dossier médical (on ne peut donc reprocher à l'intimée d'avoir omis d'instruire sur cet avis). En conséquence et vu que l'importance de l'atteinte psychique, qui doit être considérée comme totalement indépendante du tableau clinique de type « coup du lapin » - ce d'autant qu'il ne s'agit pas d'un état dépressif -, sa prédominance et son intensité relèvent de facteurs extérieurs (constitution de la personnalité de la recourante, événements de vie adverse se chevauchant chronologiquement avec les accidents), le lien de causalité adéquate doit être apprécié en regard des principes applicables en cas de perturbations du développement psychique et non en application de la liste des critères dressée en cas de suites d'un traumatisme de type « coup du lapin ». c/aa) Afin de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les affections psychiques développées ensuite par la victime, la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. c/bb) Présentement, les

accidents dont la recourante a été victime doivent tout au plus être qualifiés de moyennement grave, à limite des accidents de peu de gravité. En effet, selon la jurisprudence, des accidents de la circulation routière simples sont en règle générale considérés comme des accidents de ce type (cf. RAMA 2005 n° 549 p. 236, U 380/04, consid. 5.1.2 ; arrêt non publié du TF U 331/06 du 4 avril 2007, consid. 5.3.2). Le déroulement des événements accidentels vécus par la recourante au volant de son véhicule, tels que relatés par ses propres soins, ne les font pas apparaître, d'un point de vue objectif, plus importants que des péripéties malheureusement ordinaires de la circulation routière. Les dégâts matériels occasionnés lors de la première collision (avec un rocher) étaient somme toute relativement limités et l'intéressée a pu poursuivre sa route depuis les Diablerets jusqu'à Genève de nuit par ses propres moyens ; quant aux circonstances des deux chocs par l'arrière à un feu rouge, respectivement à un stop, elles n'ont rien de particulier. Enfin, la chute de l'escabeau devrait même entrer dans la catégorie des accidents de peu de gravité. c/cc) En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, il doit être reconnu en cas d'accident grave. Pour admettre le rapport de causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis. Pour évaluer le degré de gravité de l'accident, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409; cf. également Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], 2ème éd., no 89 ss). c/dd) En l'occurrence, la durée du traitement médical doit effectivement être considérée comme particulièrement longue, mais en regard seulement des troubles d'ordre psychique. Ledit traitement n'a par ailleurs pas occasionné d'aggravation notable des séquelles en raison d'erreurs, qui ne sont du reste pas alléguées. La recourante ne fait depuis longtemps plus état de douleurs fortes, ses plaintes principales résidant dans des difficultés organisationnelles, cognitives et caractérielles. L'incapacité de travail a très rapidement été motivée par les troubles psychiques, les atteintes d'ordre somatique, très modérées, ayant été reléguées au second plan du tableau clinique. On précisera à ce propos – contrairement à la mauvaise représentation des faits donnée par l'intimée dans son mémoire de réponse – que les problèmes psychiques préexistants n'étaient que limités (stress), mais la constitution de personnalité prémorbide a favorisé l'apparition de divers symptômes d'ordre psychiatrique au fil du temps. Finalement, les circonstances des événements n'ont rien de dramatique ou impressionnant. En l'absence de réalisation d'un quelconque critère jurisprudentiel pertinent, la causalité

adéquate ne peut qu'être niée. Vu ce qui précède, le recours, qui se révèle en tous points mal fondé, est rejeté. PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare le recours recevable. Au fond : Le rejette. Dit que la procédure est gratuite. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF ; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Isabelle CASTILLO La présidente Juliana BALDE La secrétaire-juriste : Laurence SCHMID-PIQUEREZ Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le

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