

## **GE\_GERICHTE A/3473/2007 vom 14. Oktober 2008**

GE Cour de justice, 2008-10-14, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3473\\_2007](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3473_2007)

FR: GE\_GERICHTE A/3473/2007 du 14 octobre 2008

IT: GE\_GERICHTE A/3473/2007 del 14 ottobre 2008

### **Volltext**

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 14.10.2008  
A/3473/2007

A/3473/2007 ATAS/1149/2008 du 14.10.2008 ( LAA ) , REJETE Recours TF déposé le 19.11.2008, rendu le 03.06.2009, REJETE, 8C\_953/2008 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/3473/2007 ATAS/1149/2008 ARRET DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES Chambre 1 du 14 octobre 2008 En la cause CONCORDIA - ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS, Service juridique, sise Bundesplatz 15, LUCERNE Madame D\_\_\_\_\_, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Bogdan PRENSILEVICH recourantes contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, Service juridique, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Jean-Michel DUC intimée EN FAIT Madame D\_\_\_\_\_, (l'assurée ou la recourante), née en 1943, a travaillé comme juriste auprès de X\_\_\_\_\_ du 10 février 1996 au 31 décembre 2001. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la GENEVOISE ASSURANCES (ci-après : GENEVOISE). Le 22 juin 1999, elle circulait au volant de sa voiture. Alors qu'elle était arrêtée à l'entrée d'un giratoire pour céder le passage, l'arrière de son véhicule a été heurté par la voiture qui la suivait. Le 6 juillet 1999, l'employeur a annoncé l'accident à la GENEVOISE au moyen d'une déclaration d'accident-bagatelle LAA. Dans la « feuille pour le médecin » de ladite déclaration datée du 16 août 1999, le Dr L\_\_\_\_\_, chirurgien, a diagnostiqué un coup du lapin à la colonne cervicale. Il a précisé que la suite du traitement serait effectuée par le Dr M\_\_\_\_\_, généraliste. Pour sa part, dans la « feuille pour le médecin » du 2 août 1999, ce dernier a mentionné une contusion cervicale. Dans le questionnaire de la GENEVOISE que l'assurée a rempli le 26 août 1999, elle a précisé que les douleurs avaient commencé deux jours après l'accident. Le 30 août 1999, dans le questionnaire complémentaire pour traumatismes cervicaux, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que la position de la tête se trouvait en flexion lors de l'accident. Il n'a mentionné aucune plainte subjective de l'assurée autre que des paresthésies du membre supérieur gauche apparues deux semaines après l'accident et a constaté une douleur à la pression de l'apophyse épineuse C7. Il a précisé que les radiographies cervicales du 12 juillet 1999 n'avaient révélé ni lésions dégénératives, ni troubles statiques, ni lésion traumatique. Il a confirmé le diagnostic de contusion. Dans un rapport du 9 novembre 1999, le Dr N\_\_\_\_\_, rhumatologue, a diagnostiqué un status douloureux thoracique antérieur. Il a mentionné l'existence d'un syndrome fibromyalgique sans rapport avec l'accident et jouant un rôle dans l'évolution du cas. Il a attesté une incapacité de travail totale du 11 octobre au 5 novembre 1999 et de 50 % dès le 6 novembre 1999 qui a pris fin le 14 novembre 1999. Le 22 octobre 1999, l'assurée s'est soumise à une scintigraphie du squelette entier qui a révélé plusieurs foyers du rachis certainement péri-articulaires et vraisemblablement d'origine arthrosique. Le 23 novembre 1999, la

GENEVOISE a informé l'assurée qu'elle mettait un terme au 31 octobre 1999 à la prise en charge des frais de traitement pour la suite de cet accident au motif que, selon son médecin-conseil, il n'y avait plus de relation de causalité naturelle entre l'accident du 22 juin 1999 et les douleurs actuelles. Dans son rapport d'expertise du 25 avril 2000 requise par la GENEVOISE, la Dresse O \_\_\_\_\_, rhumatologue, a précisé qu'immédiatement après l'accident la patiente n'avait ressenti qu'un vague malaise et qu'elle avait consulté le Dr L. \_\_\_\_\_ après deux jours pour douleurs occipitales, cervicalgies, dorsalgies, douleurs sternales et myalgies diffuses. Ce n'est qu'après quelques jours que la patiente a signalé à gauche une douleur du coude, des fourmillements de la main, une baisse de force du membre supérieur. Concernant les plaintes actuelles de l'assurée, elle a mentionné, d'une part, des cervico-dorsalgies permanentes avec exacerbations périodiques lors desquelles se manifestait une irradiation occipitale à droite, d'autre part, des douleurs intermittentes thoraciques à gauche, des paresthésies diffuses intermittentes du membre supérieur gauche. Elle a diagnostiqué une fibromyalgie débutante, une arthrose interapophysaire postérieure C3-C4 ainsi qu'un discret listhésis C4 sur C5, un status après entorse cervicale et probable contusion par la ceinture de sécurité, un syndrome du tunnel carpien probable au poignet gauche et un syndrome fémoro-patellaire débutant au genou gauche. Elle a estimé que les troubles actuels n'étaient pas la conséquence inévitable de l'accident du 22 juin au motif que la fibromyalgie n'était pas une conséquence inévitable d'un traumatisme même si, anamnestiquement, elle semblait avoir débuté peu après, que la très nette arthrose interapophysaire C3-C4 était vraisemblablement préexistante à l'accident et que le syndrome du tunnel carpien ne pouvait pas être la conséquence d'un accident ayant eu des répercussions cervicales. Au sujet du listhésis, il ne lui a pas été possible d'affirmer s'il était postérieur ou préexistant au traumatisme en l'absence de clichés antérieurs à juin 1999. Dans un rapport du 12 septembre 2000, la Dresse P \_\_\_\_\_, chef de clinique de la Policlinique de neurologie des HUG, diagnostique, notamment, un status après entorse cervicale. Elle a mentionné une sensation immédiate d'étourdissement, puis, le lendemain de l'accident, l'apparition d'une douleur importante à la mâchoire gauche, de cervicalgies et de douleurs au niveau de la poitrine où la ceinture de sécurité a causé un hématome. L'IRM cervicale et dorsale du 11 août 2000 n'a montré aucune anomalie notable tant au niveau cervical que dorsal. Dans son rapport d'expertise du 22 août 2001 mise en oeuvre par l'assurée, le Prof. Q \_\_\_\_\_, neurologue, a indiqué que la patiente se plaignait de fortes douleurs à la région cervicale basse s'étendant à la région cervico dorsale, aux muscles du dos, particulièrement aux deux ceintures scapulo-humérales avec prédominance à gauche, de douleurs aux coudes plus marquées à gauche combinées depuis un an avec des douleurs sous forme d'arthralgies des mains particulièrement le matin au réveil, de paresthésies intermittentes aux trois premiers doigts de la main gauche, de douleurs de la région thoracique antérieure et sternale, de céphalées à la région occipito-pariétale des deux côtés. Lors de son examen neurologique, il a constaté l'absence de lésion d'ordre médullaire ou radiculaire. Il a conclu que l'assurée avait été victime d'une entorse cervicale simple sans lésion traumatique objectivable. Il a relevé que depuis le début de l'événement, la patiente se plaignait principalement de douleurs spontanées et de douleurs à la palpation ainsi qu'à la pression de points typiques de plusieurs muscles ce qui était caractéristique pour une fibromyalgie ou une tendo-myogélose segmentaire. Il a admis que, compte tenu d'un consensus qui se dessinait progressivement, ce syndrome musculaire douloureux avait été déclenché chez la patiente par l'entorse cervicale simple de juin 1999. Il a diagnostiqué un status après entorse cervicale simple et un syndrome de tendo-myogélose segmentaire

chronique d'origine traumatique. Il a conclu à l'existence d'un lien de causalité naturelle « sûr » en relation avec l'accident du 22 juin 1999. Dès le 1<sup>er</sup> février 2002, l'état de santé de l'assurée l'a obligée à cesser toute activité professionnelle. Le 18 février 2002, la GENEVOISE a informé l'assurée qu'à la suite de l'expertise du Prof. Q \_\_\_\_\_ du 20 août 2001, elle avait finalement réglé tous les frais. Le Ct-scan pratiqué le 28 février 2002 a révélé la présence d'une fracture non consolidée correspondant à une pseudarthrose de l'apophyse épineuse de D6. Dans un rapport du 15 mars 2002, le Dr R \_\_\_\_\_, chirurgien-orthopédiste, a conclu sur la base de l'anamnèse, de l'examen clinique et des examens complémentaires, à une pseudarthrose d'une fracture de l'épineuse de D6. Il a précisé que la relation de cause à effet entre l'accident de voiture en 1999 et la situation actuelle semblait claire. C'était une situation peu fréquente puisqu'il se trouvait devant un tel problème pour la deuxième fois de sa carrière. Sur demande de la GENEVOISE, dans un rapport du 7 mai 2002, le Dr R \_\_\_\_\_ a estimé raisonnable de mettre cette pseudarthrose de l'épineuse D6 en relation avec l'accident de 1999 au motif que les symptômes avaient commencé à ce moment-là et que lors d'une contraction musculaire violente, telle qu'elle avait pu se produire dans ce type d'accident, on pouvait avoir des arrachements osseux au niveau des insertions musculaires. Dans un rapport du 25 juin 2002, le Dr S \_\_\_\_\_, médecin-conseil de la GENEVOISE et chirurgien, a estimé que les résultats des examens médicaux et radiologiques effectués par la patiente rendaient probable l'existence d'une pseudarthrose de l'apophyse épineuse de D6. Il a relevé que l'ablation chirurgicale du morceau non consolidé devrait en toute logique aboutir à une significative diminution des plaintes. Il a indiqué que cette affection rare s'inscrivait dans le cadre d'une patiente victime à la fois de fibromyalgie et d'un problème oncologique de sorte que la responsabilité de l'accident sur les plaintes n'était que partielle et limitée dans le temps. Il a ajouté qu'il faudrait bientôt se déterminer sur la notion de statu quo sine. Par décision du 7 juillet 2003, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> mai au 31 décembre 2001, à une demi-rente d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 30 avril 2002 et à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mai 2002. Dans un rapport d'expertise du Centre médical de la douleur du 27 août 2003 requise par la GENEVOISE, les Drs T \_\_\_\_\_, orthopédiste, U \_\_\_\_\_, neurologue, V \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, ont diagnostiqué une ancienne entorse cervicale, une possible fracture de l'épineuse de D6 et un trouble somatoforme douloureux. Ils ont précisé que les deux premiers diagnostics étaient en rapport avec l'accident et que l'assurée témoignait d'une réactivité disproportionnée lors des examens qui ne pouvait que s'inscrire dans le cadre d'un état de vulnérabilité lié à des facteurs émotionnels. Ils ont estimé qu'en tenant compte du diagnostic initial d'entorse cervicale avec éventuelle fracture de D6, le tableau clinique actuel n'était absolument pas expliqué par les conséquences de l'accident d'autant plus que la fracture de D6 devrait provoquer une symptomatologie douloureuse localisée au niveau de la lésion et non pas un syndrome vertébral diffus. Par conséquent, ils ont conclu que les troubles douloureux rachidiens diffus actuels n'étaient pas expliqués par les conséquences de l'accident qui, sur le plan somatique, avaient atteint un stade de guérison. En l'absence de toute constatation objective expliquant la symptomatologie subjective, ils ont admis l'existence d'un trouble somatoforme douloureux avec une comorbidité psychiatrique sous forme d'état anxio-dépressif d'intensité moyenne. Ils ont conclu que l'assurée ne souffrait plus de troubles en relation avec l'accident du 22 juin 1999, qu'un trouble somatoforme douloureux étranger à l'accident influençait l'évolution du cas de façon prépondérante, que la

proportion de son influence était de 100% et que l'ignorance par le Prof. Q\_\_\_\_\_ de la fracture de D6 ne changeait rien à la problématique sur le plan médical. Dans un rapport d'expertise du 31 mai 2004 mise en œuvre par l'assurée, les Drs W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, médecins à la Polyclinique de neurologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ont notamment diagnostiqué, d'une part en rapport avec l'accident, un status post-traumatisme de décélération cervicale, d'autre part éventuellement en rapport avec l'accident, une fracture de l'apophyse épineuse de D6, une fibromyalgie, un état anxio-dépressif et un trouble somatoforme douloureux. Ils ont relevé que l'appréciation du cas était rendue difficile par le discours relativement flou de la patiente ainsi que par certains éléments contradictoires, imprécis ou manquants dans le dossier (position de la tête au moment de l'impact, contradiction entre rapports d'examen radiologiques rapprochés, etc.). Ils ont été frappés par la discordance entre le discours centré sur la douleur faisant état d'une incapacité à rester en place et le comportement relativement calme de la patiente restant assise sur son siège pendant toute la durée de l'examen. Ils ont observé un examen neurologique dans la norme, un status local cervical relativement peu douloureux avec une discrète limitation de la rotation de la tête, une limitation fonctionnelle plus importante sur le membre supérieur gauche avec mouvements de flexion de l'avant-bras entraînant des douleurs au niveau de l'épaule. Au regard du caractère aspécifique des plaintes actuellement présentées par l'assurée, de l'existence d'un traumatisme d'importance moyenne quelques mois avant l'accident (chute le 4 mars 1999 depuis un tabouret avec impact de la mâchoire supérieure sur le rebord d'une photocopieuse) et d'un syndrome de Tietze, il leur paraissait difficile d'établir un lien de causalité totale directe avec l'accident de 1999. Au motif qu'en 1999, tous les rapports faisaient état de douleurs cervicales, alors qu'actuellement elles étaient beaucoup plus diffuses, ils ont considéré que le syndrome fibromyalgique jouait un rôle en tant qu'il avait été décompensé par l'accident. Ils ont relevé qu'un point particulièrement litigieux concernait, d'une part, les douleurs dorsales qui n'avaient pas été signalées à l'examen dans les rapports de 1999, d'autre part, la découverte d'une fracture de D6 en 2002 alors que la Dresse B\_\_\_\_\_ avait signalé la possibilité d'une atteinte dorsale dans son rapport de 2000 et que le Dr R\_\_\_\_\_ n'avait pas eu à disposition les IRM de 2000. Ces éléments les amenaient à considérer que la fracture D6 était possiblement liée à l'accident. Ils ont conclu que les troubles fluctuants de la motilité cervicale ainsi que les cervicalgies avaient probablement été décompensés par l'accident qui avait joué un rôle déclenchant sur les douleurs cervicales même si la situation algique actuelle était beaucoup plus complexe. Bien que les diagnostics de fibromyalgie posés par les Drs O\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ ainsi que de trouble somatoforme douloureux posé par le Dr C\_\_\_\_\_ étaient hors du champ de leur spécialité, ils jouaient un rôle important dans la symptomatologie actuelle et expliquaient une grande partie du handicap actuel. Ils ont admis que le statu quo sine était atteint car la symptomatologie était stable depuis de nombreux mois, que l'incapacité de travail résultant directement des suites de l'accident était de 20 % et qu'il y avait lieu de rajouter l'incapacité résultant de la fibromyalgie et du trouble somatoforme douloureux. Le 10 janvier 2005, les Drs T\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ ont fait part de leurs remarques concernant l'expertise de la Polyclinique de neurologie. Ils ont relevé que le diagnostic de fibromyalgie avait été posé par le Dr N\_\_\_\_\_ en novembre 1999, trois mois après l'accident, de sorte qu'il ne pouvait pas être en relation de causalité avec celui-ci mais était très certainement préexistant même si les manifestations n'étaient pas très fortes. Ils ont observé que s'il était difficile pour les experts d'établir un lien de causalité totale directe avec l'accident survenu

en 1999, ils auraient dû conclure à un lien de causalité peu vraisemblable encore moins certain. En admettant que l'accident avait joué un rôle déclencheur sur les douleurs cervicales, les experts ne pouvaient pas conclure que l'accident était un élément causal. Ils ont contesté que les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme fussent en relation de causalité avec l'accident et ont estimé que seul le diagnostic d'entorse cervicale de stade deux pouvait être retenu qui, toutefois, ne provoquait que des troubles intermittents. Quant au statu quo sine, ils ont souligné la contradiction entre les conclusions des experts considérant qu'il était atteint et la persistance de troubles amenant une réduction de la capacité de travail ainsi qu'une atteinte à l'intégrité. Au sujet des conclusions des experts retenant une incapacité de travail liée à l'accident de 20 %, ils ont estimé que compte tenu de l'absence de données objectives, d'un examen neurologique normal ainsi que des diagnostics de fibromyalgie/troubles somatoforme, « cette appréciation ne reposait sur rien » et était en contradiction avec le statu quo sine retenu. Dans sa prise de position du 15 juillet 2005, le Dr A\_\_\_\_\_ a relevé qu'il y avait effectivement une divergence entre experts qui n'était toutefois pas majeure et sur laquelle il ne pouvait pas se prononcer. Il a admis qu'il y avait une erreur quant aux conclusions concernant le statu quo sine. Il a expliqué que, bien qu'il y ait des troubles antérieurs, ils avaient admis une aggravation durable et stabilisée liée à l'accident et que dans ce sens, il ne s'agissait pas d'un statu quo sine, mais bien d'une aggravation durable ce qui expliquait leur évaluation de l'incapacité de travail et l'atteinte à l'intégrité. Dans une notice du 1<sup>er</sup> février 2007, le Dr ROTMAN, médecin-conseil de la ZURICHCOMPAGNIE D'ASSURANCES (ci-après : ZURICH) reprenue de la GENEVOISE, a précisé que la fracture de l'apophyse épineuse D6 était une fracture bénigne qui ne faisait pas très mal, raison pour laquelle les médecins avaient estimé possible qu'elle soit passée inaperçue et qu'elle ne donne lieu à aucun traitement mis à part celui des douleurs. Par décision du 2 février 2007, la ZURICH a considéré que l'état de santé de l'assurée était stabilisé dès le 31 août 2001 à la suite de l'expertise du Prof. Q\_\_\_\_\_ et que l'anomalie détectée sur D6 n'était à dire d'experts qu'en relation de causalité possible avec ledit accident. Elle a précisé qu'elle ne demanderait pas à l'assurée le remboursement des indemnités journalières versées à tort. Le 9 février 2007, la CONCORDIAASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS (ci-après : CONCORDIA) a formé opposition contre ladite décision. Dans sa motivation du 9 mars 2007, elle a relevé que, selon son médecin-conseil, les douleurs actuelles étaient encore des suites de l'accident du 22 juin 1999 au motif que les douleurs dues à la pseudarthrose D6 étaient devenues chroniques et que, par conséquent, le statu quo sine n'était pas atteint. Le 6 mars 2007, l'assurée a également formé opposition contre ladite décision. Elle a reproché à la ZURICH de ne pas avoir tenu compte dans sa décision de la découverte d'un cancer du sein en mai 2000 qui avait nécessité un traitement de près de deux ans de sorte que les recherches pour découvrir la cause de ses violentes douleurs au dos n'avaient été entreprises qu'une fois ce traitement terminé. Elle a soutenu que cette décision ignorait complètement l'importance du diagnostic de la fracture en D6 qu'elle avait considéré comme une rechute de l'évènement de 1999 alors qu'il ne s'agissait en réalité que de la découverte tardive d'une telle fracture. Par décision sur opposition du 13 août 2007, la ZURICH a partiellement admis les oppositions et a fixé la fin du droit aux prestations au 31 juillet 2003, date du terme du versement de l'indemnité journalière correspondant également à l'époque à laquelle a eu lieu l'expertise du Centre médical de la douleur. Elle a relevé que l'appréciation du Dr A\_\_\_\_\_ ne différait pas vraiment du rapport d'expertise du Centre médical de la douleur dans la mesure où les diagnostics retenus étaient les mêmes et que les experts admettaient tous que le statu

quo sine avait été atteint. Quant à la fracture en D6, elle a observé que son lien de causalité avec l'accident n'était pas établi et que, selon les experts, cette lésion n'expliquait pas les troubles rachidiens diffus. Par acte du 14 septembre 2007 (A/3481/2007), l'assurée a recouru contre ladite décision auprès du Tribunal de céans. Elle conclut, principalement, sous suite de frais et dépens, à la constatation que son état actuel de santé est une conséquence directe naturelle ainsi qu'adéquate de l'accident du 22 juin 1999 et à la condamnation de l'intimée à la prise en charge des conséquences de l'accident à partir du 22 juin 1999, subsidiairement à la mise en oeuvre d'une expertise médicale afin d'éclaircir définitivement les faits pertinents à la solution du litige. Elle soutient que la fracture en D6 est en rapport de causalité avec l'accident au motif que ce dernier était apte à provoquer de telles lésions, que les douleurs sont apparues immédiatement à la suite de cet accident et ont été documentées par de nombreux médecins, qu'elle n'a été victime d'aucun accident entre le 23 juin 1999 et le 28 février 2002. Elle conteste également que d'autres affections soient responsables de ses douleurs lombaires au motif que le raisonnement de l'intimée revient à faire endosser la responsabilité de son calvaire au cancer pour lequel elle a été soignée entre les années 2000 et 2002. Elle relève qu'il n'existe aucune opinion d'expert imputant les douleurs dorsales à son cancer du sein. Par acte du 14 septembre 2007 (A/3473/2007), la CONCORDIA a également recouru contre ladite décision. Elle conclut que la responsabilité de l'intimée est engagée et qu'il lui incombe d'allouer ses prestations au-delà du 31 août 2001. Elle relève qu'un lien de causalité naturelle entre les troubles diagnostiqués après l'accident du 22 juin 1999 et celui-ci a été largement reconnu tant par les médecins que par l'intimée. Quant au lien de causalité adéquate avec l'accident, elle estime que tant l'appréciation du Prof. Q\_\_\_\_\_ et du Dr R\_\_\_\_\_ que celle des médecins de la Polyclinique de neurologie permettent clairement de conclure à son existence. En effet, l'assurée ne présentait pas une persistance de douleurs avant l'accident de sorte que selon ses médecins-conseils, ces douleurs sont des suites de l'accident au motif que la pseudarthrose en D6 n'a pas été traitée et que les douleurs sont devenues chroniques. Par conséquent, elle conteste que le statu quo sine soit atteint. Elle soutient que l'accident est de gravité moyenne et que vu la durée anormalement longue du traitement, la persistance de douleurs physiques, le degré ainsi que la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il était propre à entraîner une problématique du genre qui s'est produit. Dans sa réponse du 3 octobre 2007, l'intimée a conclu à la jonction des causes et à l'octroi d'un nouveau délai pour répondre au fond. Par ordonnance du 5 octobre 2007, le Tribunal de céans a joint la cause A/3481/2007 à la cause A/3473/2007 et a imparti un nouveau délai à l'intimée pour répondre aux recours et déposer ses dossiers. Dans sa réponse du 13 décembre 2007, l'intimée a conclu au rejet des deux recours dans la mesure où ils étaient recevables et à la confirmation de la décision sur opposition du 13 août 2007. Elle a considéré qu'il ressortait clairement du dossier de l'assurée que celle-ci n'avait pas présenté la plupart des caractéristiques du tableau clinique typique du « coup du lapin » de sorte que la jurisprudence y relative ne s'appliquait pas. De plus, elle a relevé qu'aucun des critères jurisprudentiels permettant de retenir un lien de causalité adéquate n'était réalisé de sorte que cette dernière devait être niée. Quant à la fracture au niveau de D6, elle a soutenu que le preuve de la vraisemblance prépondérante du lien de causalité entre ladite fracture et l'accident ne pouvait être établie au motif que celle-ci n'avait été diagnostiquée que trois ans après l'accident, que dans les mois qui avaient suivi ce dernier l'assurée ne s'était pas plainte de douleurs au niveau D6, que l'IRM du 11 août 2000 avait exclu l'existence d'une fracture, enfin que les experts de la Polyclinique de neurologie avaient clairement précisé

qu'un tel lien n'était que possible. Dans sa réplique du 30 juillet 2008, la CONCORDIA soutient que les considérations quant à une éventuelle atteinte préexistante avant l'accident ne sont que des suspicions dès lors que le Prof. Q\_\_\_\_\_ a nié l'existence d'une maladie préexistante. Elle observe que le Dr R\_\_\_\_\_ a clairement retenu l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la fracture en D6 et que, dans leur expertise du 31 mai 2004, les médecins des HUG ont confirmé cette position au motif que l'accident a joué un rôle déclencheur sur les troubles cervicaux. Elle considère que l'assurée remplit les critères de la jurisprudence en matière de « coup du lapin » fondant l'existence d'un lien de causalité adéquate même à la lumière des conditions plus sévères posées par la nouvelle jurisprudence. Elle confirme ses conclusions précédentes. Dans sa duplique du 13 août 2008, l'intimée s'est référée entièrement à son mémoire de réponse du 13 décembre 2007. Le 14 août 2008, le Tribunal a communiqué cette écriture aux recourantes et a réservé la suite de la procédure. Puis, il a gardé la cause à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA). Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment le refus de poursuivre le versement de prestations au-delà du 31 juillet 2003, sont postérieurs à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 13 août 2007 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b LPGA). Par conséquent, les recours du 14 septembre 2007 ont été formés en temps utile, le dernier jour du délai. La recevabilité d'une demande en constatation suppose un intérêt digne de protection (art. 49 al. 2 LPGA). Selon la jurisprudence, un tel intérêt n'existe que lorsque le requérant a un intérêt actuel, de droit ou de fait, à la constatation immédiate d'un droit, sans que s'y opposent de notables intérêts publics ou privés, et à condition que cet intérêt digne de protection ne puisse pas être préservé au moyen d'une décision formatrice, c'est-à-dire constitutive de droits et d'obligations (ATF 126 II 303 consid. 2c et les références; voir également ATF 119 V 13 consid. 2a). Les conclusions des recourantes portent sur la prise en charge de l'accident par l'intimée au-delà du 31 août 2001. Or, dans sa décision sur opposition du 13 août 2007, à savoir par décision formatrice, l'intimée a fixé la fin du droit aux prestations au 31 juillet 2003. Etant donné qu'elle a déjà versé ses prestations pour la période du 1<sup>er</sup> septembre 2001 au 31 juillet 2003 et qu'elle a rendu une décision formatrice pour cette période, les conclusions des recourantes sont, par conséquent, sans objet pour cette période. Dès lors, le litige ne porte que sur le refus de l'intimée de verser des prestations à partir du 1<sup>er</sup> août 2003, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 22 juin 1999. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (cf. ATFA non publié du 17 mai 2002, U 293/01 consid. 1, résumé dans REAS

2002 p. 307). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c). La condition du lien de causalité naturelle 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. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 ème éd., n. 80 p. 865). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin» (Schleudertrauma, whiplash-injury), de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-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 têtes 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 134 V 109 consid. 9 in fine, 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b.). Selon l'ATF 134 V 109, il est indispensable, pour examiner le lien de causalité, de mettre en oeuvre, déjà dans les premiers temps qui suivent l'accident, une instruction médicale approfondie (sous la forme d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire), lorsqu'il existe des motifs de craindre une persistance ou une chronification des douleurs. Par ailleurs, une expertise apparaît indiquée dans tous les cas où les douleurs se sont déjà maintenues durant une assez longue période, sans que l'on puisse augurer une amélioration décisive dans un proche délai. En principe, une telle mesure devrait être ordonnée six mois environ après le début des plaintes (consid. 9.4). Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type «coup du lapin». A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin» (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), il n'est pas décisif de savoir, en cas de traumatisme de ce type, si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a; RAMA 2002 n° U 470 p. 531). Il y a toutefois lieu de revenir à cette distinction lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de type «coup du lapin»

(RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b; voir également ATF 134 V 109 consid. 9.5). Même en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, lorsque des lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2). L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b). En cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Il convient tout d'abord de distinguer les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, 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 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). En présence d'un accident de gravité moyenne, 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 gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; 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 puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V

158 consid. 1b et les références). Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a). Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Dans le questionnaire complémentaire pour traumatismes cervicaux du 30 août 1999, le Dr M\_\_\_\_\_ ne diagnostique pas de distorsion cervicale, mais une contusion et ne fait état d'aucune plainte subjective autre que des paresthésies au membre supérieur gauche apparues deux semaines après l'accident. Pour sa part, dans la déclaration d'accident-bagatelle du 16 août 1999, le Dr L\_\_\_\_\_ diagnostique un « coup du lapin » à la colonne cervicale. Quant à l'assurée, dans le questionnaire du 26 août 1999, elle précise que les douleurs ont commencé deux jours après l'accident. Enfin, dans son rapport d'expertise du 22 août 2001, parmi les documents mis à disposition, le Prof. Q\_\_\_\_\_ se réfère à un rapport du 18 janvier 2000 du Dr L\_\_\_\_\_ indiquant avoir vu la patiente en consultation, le 24 juin 1999, pour un problème de dos après un accident de voiture. De plus, il retient que l'assurée a été victime d'une entorse cervicale simple sans lésions traumatiques objectivables. Il ressort de ces divers rapports que le diagnostic et les plaintes rapportées par le Dr M\_\_\_\_\_ sont contredits par les autres médecins. Toutefois, en examinant l'ordre chronologique des renseignements médicaux, il convient de relever que le Dr M\_\_\_\_\_ n'a examiné l'assurée qu'au mois d'août 1999, à savoir plus d'un mois après l'accident du 22 juin 1999 de sorte que les indications qu'il a données ne constituent pas les premières constatations du médecin et ne sont donc pas plus fiables que celles faites ultérieurement. Il est d'ailleurs incompréhensible que la GENEVOISE ait demandé des précisions à ce médecin par le biais d'un questionnaire complémentaire pour traumatismes cervicaux alors qu'il n'a traité l'assurée qu'un mois après l'accident. Il est tout aussi incompréhensible que le rapport du Dr L\_\_\_\_\_ du 18 janvier 2000 ne figure pas au dossier alors qu'il est mentionné par le Prof. Q\_\_\_\_\_ dans son rapport d'expertise et qu'il contient vraisemblablement des précisions importantes sur les constatations faites immédiatement après l'accident puisque

ce médecin a donné les premiers soins à l'assurée, le 24 juin 1999, soit deux jours après l'accident. Toutefois, il ressort des indications apportées par le Prof. Q\_\_\_\_\_, qui lui a eu connaissance de ce rapport, que la patiente se plaignait du dos après un accident de voiture. Si on met en parallèle cette indication avec la première anamnèse précise effectuée par la Dresse O\_\_\_\_\_, en avril 2000, vraisemblablement en tenant compte également dudit rapport, il convient de considérer que le terme « dos » est pris dans son sens commun, à savoir rachis et qu'il ne désigne pas spécifiquement la colonne dorsale puisque la patiente s'est plainte de douleurs occipitales, cervicalgies, dorsalgies, douleurs sternales et myalgies diffuses. Au demeurant, tous les médecins qui se sont prononcés sur l'état de l'assurée ont tous conclu à un status post-entorse cervicale, sauf le Dr M\_\_\_\_\_, de sorte qu'il convient d'admettre un tel diagnostic. A l'exception des douleurs cervicales et des céphalées, l'assurée n'a pas présenté un cumul des autres symptômes du tableau clinique spécifique d'un traumatisme du rachis cervical de type « coup du lapin » tels que du sommeil, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. Par conséquent, en l'absence d'un tel tableau clinique, le lien de causalité naturelle entre les troubles persistant au-delà du 31 août 2003 et l'accident ne saurait être présumé. A l'ATF 134 V 109 consid. 9.5, le Tribunal fédéral a précisé les conditions de validité de l'expertise pluri- ou interdisciplinaire requise en cas de « coup du lapin ». Celle-ci doit émaner de médecins spécialisés, particulièrement au fait de ce genre de traumatismes. Il s'agit en priorité d'effectuer des investigations dans les domaines neurologique/orthopédique (dans la mesure du possible à l'aide d'appareils appropriés), psychiatrique et, au besoin, neuropsychologique. Pour trancher des questions spécifiques et exclure des diagnostics différentiels, il est indiqué de procéder aussi à des investigations otoneurologiques, ophtalmologiques, etc. L'expert doit disposer d'un dossier fiable. Cela souligne encore une fois l'importance d'une documentation détaillée du déroulement de l'accident et des premières constatations médicales, mais également du développement ultérieur jusqu'à la mise en oeuvre de l'expertise. En ce qui concerne le contenu, il faut que l'on dispose de conclusions convaincantes au sujet du point de savoir si les plaintes sont crédibles et, le cas échéant, si, en dépit de l'absence d'un déficit organique consécutif à l'accident, ces plaintes sont - au degré de la vraisemblance prépondérante - au moins partiellement en relation de causalité avec un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (distorsion), un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral. En raison des spécificités de la jurisprudence applicable en matière de traumatisme du type « coup du lapin », l'expertise doit, en cas de confirmation du diagnostic, contenir également des renseignements au sujet du point de savoir si une problématique d'ordre psychique doit être considérée comme une partie du tableau clinique typique de tels traumatismes, dont les aspects somatique et psychique sont difficilement séparables, ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique. C'est seulement dans le cas où l'expertise établit de manière convaincante que cette atteinte ne constitue pas un symptôme du traumatisme qu'une autre origine peut être envisagée. Ensuite, il y a lieu d'établir dans quelle mesure la capacité de travail dans l'activité habituelle ou (en cas d'octroi d'une rente) dans des activités adaptées est limitée par les plaintes considérées comme étant en relation de causalité naturelle avec l'accident. Une telle expertise pluri- ou interdisciplinaire répondant aux exigences ci-dessus exposées doit notamment permettre de trancher la question de savoir quels sont les principes applicables pour examiner le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des plaintes. En

effet, ou bien l'existence de plaintes caractéristiques (y compris des troubles de nature psychique) d'un traumatisme de type « coup du lapin » est établie du point de vue médical et les critères déterminants en présence de traumatisme de ce type sont alors applicables, ou bien un tel diagnostic est exclu et le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident. Dans la mesure où l'expertise doit notamment trancher le point de savoir si l'atteinte de nature psychique fait partie ou non du tableau caractéristique du traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale ou d'un traumatisme analogue, il n'est pas nécessaire, dans un tel cas, de se fonder sur la distinction opérée par la jurisprudence (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103, 123 V 98 consid. 2a p. 99 et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531) pour définir quels sont les critères déterminants (cf. ATFA non publié du 20 mai 2008, 8C\_124/2007 consid. 3.2). En l'espèce, seule l'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur réalisée par les Drs T\_\_\_\_\_, U\_\_\_\_\_ et V\_\_\_\_\_ est une expertise multidisciplinaire établie par un orthopédiste, un neurologue et un psychiatre, à savoir les spécialistes requis par la dernière jurisprudence. En effet, les autres expertises émanent d'un rhumatologue ou d'un neurologue. Par conséquent, en premier lieu, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante. Le rapport d'expertise du 27 août 2003 mentionne les plaintes de l'assurée, à savoir des douleurs diffuses centrées au niveau de la ceinture scapulaire et pelvienne, des douleurs vertébrales tant cervicales avec un casque douloureux dans la tête, dorsales avec une irradiation en ceinture qu'au niveau du coccyx, une labilité émotionnelle, des troubles du sommeil, une diminution du seuil de sensibilité à la douleur, des troubles de la concentration et, parfois, des moments de fatigue ainsi que d'angoisse. Il contient une anamnèse personnelle, familiale et médicale. L'examen neurologique met en évidence des contractures musculaires diffuses, des points d'insertion douloureux particulièrement manifestes ainsi qu'une très grande sensibilité à la palpation des masses musculaires des quatre membres. L'examen psychiatrique ne révèle aucun élément de la lignée psychotique mais un processus de pensée très figé, fixé sur la problématique de la douleur, l'expression plus d'anxiété et de tension nerveuse que vraiment d'idées dépressives. Les experts diagnostiquent une ancienne entorse cervicale, une possible fracture de l'épineuse de D6 et un trouble somatoforme douloureux. Ils admettent un lien de causalité entre les deux premiers diagnostics et l'accident du 22 juin 1999 tout en concluant à une guérison des conséquences de l'accident sur le plan somatique. Sur le plan psychiatrique, ils sont frappés par l'état d'agitation de l'assurée, son comportement démonstratif, sa confusion, le processus de pensée figé qu'ils ne peuvent toutefois pas rattacher à l'accident qui doit être classé dans la catégorie des accidents mineurs de sorte qu'il ne peut pas être à l'origine des troubles psychiques. En l'absence de toute constatation objective expliquant la symptomatologie subjective, ils retiennent l'existence d'un trouble somatoforme douloureux avec une comorbidité psychiatrique sous forme d'état anxio-dépressif d'intensité moyenne. Ils précisent que l'influence du trouble somatoforme douloureux est actuellement prépondérante et que la proportion de son influence peut être estimée à 100%. Bien que cette expertise soit peu précise quant au déroulement de l'accident et aux premières constatations médicales, elle reprend l'essentiel des rapports d'expertise antérieurs et analyse aux travers de ceux-ci l'évolution ultérieure de l'état de santé de l'assurée jusqu'à la mise en oeuvre de l'expertise. De plus, elle mentionne les plaintes de la patiente, contient une anamnèse ainsi que des conclusions cohérentes et motivées. En effet, les experts expliquent que l'expertise du Prof. Q\_\_\_\_\_ en 2001 décrit une diffusion de la symptomatologie par rapport à l'expertise de la

Dresse O \_\_\_\_\_, puisqu'à la fin 2001 est apparue une coccygodynie et qu'en mai 2002, le diagnostic de pseudarthrose de D6 a été posé. Ils observent que le diagnostic d'entorse cervicale avec éventuelle fracture de D6 n'explique pas les troubles douloureux rachidiens diffus actuels, d'autant plus que la fracture de D6 devrait provoquer une symptomatologie douloureuse localisée au niveau de la lésion et non pas un syndrome vertébral diffus. Ils considèrent que tant l'aggravation de la symptomatologie depuis l'expertise du Prof. Q \_\_\_\_\_ que l'importance des troubles douloureux ainsi que leur progression ne peuvent être expliquées ni par une lésion d'origine accidentelle, ni par les conséquences de l'accident. En définitive, cette expertise remplit toutes les conditions permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Les recourantes contestent l'appréciation et les conclusions des experts du Centre multidisciplinaire de la douleur au motif que ces derniers ont posé à tort le diagnostic de trouble somatoforme douloureux et que la découverte tardive de la fracture D6 a provoqué une chronicisation des douleurs. L'assurée produit, à titre privé, un rapport d'expertise du 31 mai 2004 de la Policlinique de neurologie des HUG. Dans leur rapport d'expertise, les Drs W \_\_\_\_\_ et A \_\_\_\_\_ rapportent des plaintes identiques à celles citées par les experts du Centre multidisciplinaire de la douleur. Ils mentionnent également de nouvelles plaintes sous forme de douleurs brutales des deux pieds. Tout comme les experts précédents, ils font état d'un discours peu précis et centré sur les douleurs. Ils diagnostiquent, en rapport avec l'accident, un status post-traumatisme de décélération cervicale. De plus, ils posent les diagnostics, éventuellement en rapport avec l'accident, de fracture de l'apophyse épineuse de D6, fibromyalgie, état anxio-dépressif et trouble somatoforme douloureux. Ils observent également un examen neurologique dans la norme et un status local cervical relativement peu douloureux avec une discrète limitation de la rotation de la tête. Ils sont également frappés par la discordance entre le discours centré sur la douleur relatant une incapacité à rester en place et le comportement relativement calme de la patiente restant assise sur son siège pendant toute la durée de l'examen. Par conséquent, ils font les mêmes constatations que les experts du Centre multidisciplinaire de la douleur. Ils considèrent que le syndrome fibromyalgique joue un rôle en tant qu'il a été décompensé par l'accident et concluent à l'atteinte du statu quo sine ainsi qu'à une incapacité de travail de 20% résultant directement des suites de l'accident à laquelle il convient de rajouter celle résultant de la fibromyalgie et du trouble somatoforme douloureux. Ils relèvent que les diagnostics de fibromyalgie et de trouble somatoforme douloureux sont hors du champ de leur spécialité mais qu'ils jouent un rôle important dans la symptomatologie actuelle et expliquent une grande partie du handicap actuel. Puis, dans son rapport complémentaire du 15 juillet 2005, le Dr A \_\_\_\_\_ précise que sa conclusion quant à l'atteinte du statu quo sine est erronée dès lors qu'il y a une aggravation durable et stabilisée liée à l'accident. Cette appréciation ne permet pas de jeter le doute sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire car on ne voit pas comment les neurologues pourraient se prononcer en toute connaissance de cause sur le rapport de causalité naturelle entre l'accident et la fibromyalgie, respectivement le trouble somatoforme douloureux, dès lors qu'ils admettent, à juste titre, qu'il s'agit de diagnostics sortant du champ de leur spécialité. De plus, en retenant que le syndrome fibromyalgique a été décompensé par l'accident, ils admettent l'existence de troubles antérieurs à l'accident alors que leur diagnostic ne mentionne nullement une telle antériorité et que leur rapport d'expertise ne discute pas l'influence desdits troubles antérieurs sur l'évolution de l'état de santé de l'assurée. Enfin, l'erreur contenue dans leurs conclusions initiales sur le point essentiel de l'expertise, à savoir l'analyse de la persistance d'un lien de causalité naturelle, ne peut que

faire douter de la valeur probante de leur appréciation qui, au demeurant, repose sur les mêmes constatations que les experts pluridisciplinaires, mais aboutit à des résultats diamétralement opposés. Par conséquent, il s'agit d'une nouvelle appréciation d'un même état de fait ce qui est insuffisant pour douter du bien fondé des conclusions de l'expertise du Centre multidisciplinaire de la douleur. Par ailleurs, les arguments des recourantes relatifs à la chronicisation des douleurs consécutives à la fracture en D6 ne sont confirmés par aucun rapport médical. En effet, les deux dernières expertises retiennent chacune, soit une possible fracture en D6, soit un rapport de causalité naturelle seulement possible entre l'accident et ladite fracture, ce qui est insuffisant en droit des assurances sociales qui exige qu'un diagnostic ou un rapport de causalité soient établis au degré de preuve de la vraisemblance prépondérante. S'il est vrai que dans ses rapports du 15 mars et du 7 mai 2002, le Dr R\_\_\_\_\_ conclut que la pseudarthrose due à une fracture de l'épineuse de D6 est clairement en rapport de causalité avec l'accident du 22 juin 1999, il justifie sa position par l'anamnèse, l'examen clinique et les examens complémentaires. Or, le Dr R\_\_\_\_\_ s'est basé sur un dossier incomplet. En effet, selon les Drs W\_\_\_\_\_ et A\_\_\_\_\_, le Dr R\_\_\_\_\_ a statué sur le lien de causalité entre l'accident et la fracture de D6 sans avoir eu connaissance de l'IRM du 11 août 2000 qui conclut à l'absence d'anomalie notable tant au niveau cervical que dorsal. Par conséquent, son appréciation ne remplit pas les critères permettant de lui reconnaître une valeur probante. Au motif que l'assurée n'a eu aucun autre accident après celui du 22 juin 1999 et que les douleurs sont apparues aussitôt après le choc, alors qu'elle ne présentait pas de persistance de douleurs avant celui-ci, les recourantes soutiennent également qu'un rapport de causalité naturelle doit être admis entre ladite fracture et l'accident. On ne saurait souscrire à leur point de vue, car leur argumentation reviendrait à conférer au principe «post hoc, ergo propter hoc» une valeur probante qu'il n'a pas, comme le Tribunal fédéral des assurances a déjà eu l'occasion de le préciser à plusieurs reprises (cf. ATF 119 V 341 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 d'autant plus que l'IRM du 11 août 2000 contredit la thèse des recourantes. Par conséquent, il y a lieu de confirmer que les plaintes actuelles ne sont plus en rapport de causalité naturelle avec l'accident du 22 juin 1999 au plus tard à la date du terme du versement de l'indemnité journalière par l'intimée, soit le 31 juillet 2003. Au demeurant, le résultat n'est pas différent si on examine la question sous l'angle de la causalité adéquate. Selon l'expertise multidisciplinaire, il n'existe aucun rapport de causalité entre l'accident du 22 juin 1999 et les troubles actuels. Par conséquent, la problématique d'ordre psychique présentée par l'assurée ne peut pas être considérée comme une partie du tableau clinique typique d'un traumatisme du type « coup du lapin » mais comme une atteinte à la santé psychique propre, distincte du tableau clinique en question. Dès lors, il convient d'examiner la question du lien de causalité adéquate selon les critères jurisprudentiels déterminants en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 115 V140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). En l'espèce, l'assurée a été victime d'une collision par l'arrière avec un véhicule qui était en train de freiner, alors que la voiture dans laquelle elle se trouvait était à l'arrêt. Cet accident peut donc être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure proche des accidents de peu de gravité, étant donné que la jurisprudence qualifie en principe les collisions de véhicules à l'arrêt d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (RAMA 2005 n° U 549 p. 237 consid. 5.1.2; ATFA non publié du 14 octobre 2002, U 83/02, consid. 4.2). Pour leur part, les circonstances de l'accident ne

sauraient être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. En effet, quand bien même l'on ignore la vitesse à laquelle s'est produit le choc entre les véhicules impliqués, il est néanmoins établi que l'assurée n'a pas perdu connaissance, qu'elle a pu sortir par ses propres moyens de son véhicule et prendre part au constat à l'amiable, qu'elle n'a pas été hospitalisée et qu'elle a été en mesure de rouler pendant cinq kilomètres jusqu'à son domicile. L'accident n'a pas non plus causé de lésions physiques graves susceptibles d'entraîner des troubles psychiques, dès lors qu'il s'est essentiellement caractérisé par l'apparition de rachialgies, sans atteinte organique objectivable ni pathologie neurologique. Les lésions physiques que l'assurée a subies (luxation cervicale) ne peuvent pas être qualifiées d'inhabituelles et leurs effets ne sont pas importants au point que le critère de la nature particulière des lésions physiques puisse être admis (ATFA non publié du 19 mai 2004, U 330/03, consid. 2.3.1). Quant au traitement médical, après une distorsion cervicale, un suivi médical s'étendant sur deux à trois ans doit être considéré comme normal pour le type de traumatisme subi (RAMA 3/2005 U n° 549, p. 236 consid. 5.2.4; ATFA non publié du 30 novembre 2004, U 201/02, consid. 3.3.2). De plus, il n'apparaît pas davantage que l'assurée aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. A ce sujet, il n'y a pas lieu de prendre en considération la fracture en D6 mise en évidence en 2002 dès lors que, selon tous les experts qui se sont prononcés à ce sujet, soit le diagnostic de fracture en D6, soit le lien de causalité naturelle entre ladite fracture et l'accident du 22 juin 1999 ne sont que possibles. Quant à l'incapacité de travail, elle n'a commencé que le 11 octobre 1999 et a duré 19 jours à 100 %, puis 10 jours à 50 %, avant d'être considérablement restreinte dès le 17 mai 2000 avec un intermède à 50 % du 21 septembre 2001 au 31 janvier 2002 ainsi que cela ressort de la motivation de la décision de l'assurance-invalidité du 7 juillet 2003. Toutefois, la durée prolongée de cette incapacité de travail n'a très vite plus été imputable à l'accident mais aux symptômes douloureux rachidiens diffus qui datent au plus tard d'août 2001. En effet, selon les experts du Centre spécifique de la douleur, une telle diffusion des douleurs est mentionnée pour la première fois dans l'expertise du Prof Q\_\_\_\_\_. Par conséquent, il apparaît que le tableau algique a été dominé prématurément par le trouble somatoforme douloureux de sorte que la persistance tant des douleurs que de l'incapacité de travail qu'il a provoquée est à mettre en relation avec l'état psychique de l'assurée. Dès lors, ces deux critères ne sont pas davantage réalisés. Quant à la prolongation des soins médicaux, elle est due à ces mêmes facteurs de nature psychique raison pour laquelle l'existence d'une durée anormalement longue du traitement médical doit être également rejetée. En définitive, il convient de nier le caractère adéquat du lien de causalité entre l'accident du 22 juin 1999 et les troubles dont souffre encore l'assurée après le 31 juillet 2003, soit plus de quatre ans après événement traumatique. Cette dernière estime qu'il convient de procéder à des mesures supplémentaires d'instruction sous forme d'expertise médicale destinée à trancher définitivement la question du lien de causalité entre l'accident et les troubles actuels. Selon la jurisprudence, le juge peut renoncer à un complément d'instruction, sans violer le droit d'être entendu de l'assuré découlant de l'art. 29 al. 2 Cst., s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies, par les investigations auxquelles il doit procéder d'office, que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c; ATFA non publié du 17 mars 2003, U 154/02, consid. 6.1 et les références citées). En l'espèce, les pièces médicales

versées au dossier contiennent déjà quatre expertises dont certaines permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur le présent litige, si bien que la mise en oeuvre d'une expertise supplémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves. En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de l'assurée. Au vu de ce qui précède, les recours, mal fondés, seront rejetés. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). PAR CES MOTIFS, LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Déclare les recours recevables. Au fond : Les 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); 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 Marie-Louise QUELOZ La Présidente Doris WANGELER Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY 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.