

## GE\_GERICHTE A/438/2012 vom 29. Oktober 2012

GE Cour de justice, 2012-10-29, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_438\\_2012](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_438_2012)

FR: GE\_GERICHTE A/438/2012 du 29 octobre 2012

IT: GE\_GERICHTE A/438/2012 del 29 ottobre 2012

### Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 29.10.2012 A/438/2012

A/438/2012 ATAS/1296/2012 du 29.10.2012 ( LAA ) , REJETE Recours TF déposé le 05.12.2012, rendu le 28.11.2013, REJETE, 8C\_976/2012 En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/438/2012 ATAS/1296/2012 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 29 octobre 2012 9 ème Chambre En la cause Madame N\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Mauro POGGIA recourante Contre SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, 6002 LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Didier ELSIG intimée EN FAIT 1. Madame N\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1972, a travaillé en tant que réceptionniste auprès de X\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, elle était assurée contre les accidents et les maladies professionnelles auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après la SUVA ou l'intimée).!endif]>!if> 2. Le 19 avril 1996, l'employeur de l'assurée a déclaré un accident bagatelle en se référant à une déclaration d'accident survenu en juillet 1994, lors duquel l'assurée avait subi une chute en arrière alors qu'elle était sur un tabouret, sa nuque ayant heurté le bord de la baignoire.!endif]>!if> 3. Le 17 juin 1996, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a relevé que la chute avait probablement entraîné une entorse cervicale et que l'assurée se plaignait depuis de vertiges et de chutes évoquant des drop attacks. L'examen otoneurologique était toutefois normal. Les drop attacks se rencontraient dans une forme particulière de maladie de Menière, connue sous le nom de catastrophe otolithique de Tumarkin. Le Dr A\_\_\_\_\_ n'avait toutefois pas d'argument pour une telle maladie. Il pourrait s'agir d'une insuffisance vertébro-basilaire. !endif]>!if> 4. Dans son rapport du 11 juillet 1996, le Dr B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a décrit une chute d'un tabouret entraînant une entorse cervicale en 1994. L'assurée présentait une rechute sous forme de douleurs cervicales à la palpation et à la mobilisation. Les radiologies montraient des signes d'instabilité C4-C5 avec discopathie et une lésion ligamentaire probable C6-C7. L'incapacité de travail avait été totale du 13 mars au 27 mars 1995 et de 50 % du 11 au 18 octobre 1995. !endif]>!if> 5. Le Dr C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a diagnostiqué dans son rapport du 5 août 1996 des troubles statiques de la colonne cervicale, une instabilité C4-C5, des paresthésies des membres supérieurs et une contusion dorsale. !endif]>!if> 6. Le 16 août 1996, le Dr B\_\_\_\_\_ a fait état d'une récurrence des cervicalgies en hiver 1995-1996. Il a constaté des contractures cervicales. !endif]>!if> 7. Dans son rapport du 6 janvier 1997, le Dr B\_\_\_\_\_ a qualifié l'évolution depuis l'entorse cervicale de fluctuante, avec des périodes d'accalmie alternant avec des blocages cervicaux épisodiques sans atteinte

neurologique. [endif]>[if> 8. La Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à une IRM cervicale de l'assurée le 28 avril 1997. Elle a conclu à une discopathie avec léger glissement postérieur de premier degré de C4 sur C5, à un début d'uncarthrose en C4-C5 à gauche, à une tuméfaction en regard des arcs postérieurs en C6-C7 des deux côtés d'aspect inchangé par rapport à la description antérieure et à un élargissement du canal épendymaire de C5 à C7 également sans changement par rapport à la description antérieure. [endif]>[if> 9. Compte tenu de l'échec du traitement conservateur, le Dr B\_\_\_\_\_ a sollicité par courrier du 24 juin 1997 la prise en charge par la SUVA d'une intervention chirurgicale. [endif]>[if> 10. Le Dr E\_\_\_\_\_ a procédé à une radiographie de la colonne de l'assurée le 23 juillet 1997. Il a relevé un alignement normal des vertèbres sans tuméfaction des tissus mous. Une légère scoliose dorsale moyenne à convexité gauche avec une légère attitude cyphotique à la hauteur de D6-D7 et quelques rares nodules de Schmorl de petite taille étaient mis en évidence. Les pédicules étaient partout bien visibles et il n'y avait pas de signe de tassement vertébral. [endif]>[if> 11. Le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a pris connaissance du dossier de l'assurée et a examiné celle-ci. Dans son appréciation, il a admis que le lien de causalité entre l'accident de juillet 1994, la rechute et l'indication opératoire à une stabilisation de l'instabilité C4-C5 était pour le moins probable. [endif]>[if> 12. Le Dr B\_\_\_\_\_ a pratiqué une intervention consistant en un Cloward C4-C5 avec greffe autologue le 8 septembre 1997.[endif]>[if> 13. Dans son rapport du 11 novembre 1997, le Dr B\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution de l'instabilité C4-C5 post traumatique était favorable au plan des douleurs après la spondylodèse. L'assurée avait pu reprendre le travail à 100 % le 6 octobre 1997. Un dommage permanent sous forme de cervicalgies résiduelles était possible.[endif]>[if> 14. La Dresse D\_\_\_\_\_ a réalisé une IRM cervicale en date du 18 mai 1998. Elle a conclu à un status post-Cloward C4-C5 avec absence de signe de compression radiculaire ou de signe de compression du sac dural et relevé un petit élargissement du canal épendymaire en arrière de C6-C7. [endif]>[if> 15. Dans son rapport du 20 janvier 1998, le Dr B\_\_\_\_\_ a à nouveau qualifié l'évolution de favorable avec peu de douleurs. [endif]>[if> 16. Le Dr G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à des examens de la colonne cervicale le 3 novembre 1998. Il a noté une fusion de la greffe avec C4 et la partie supérieure de C5 par rapport aux examens précédents, une scoliose cervicale sinistro-convexe, une inversion de la lordose cervicale centrée sur C4-C5 et de discrets antélisthésis du 1<sup>er</sup> degré de C2-C3 et C3-C4. Une tuméfaction des parties molles du cou autour de la charnière cervico-dorsale prédominante à gauche et postérieure était mise en évidence. [endif]>[if> 17. Le 4 novembre 1998, le Dr F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a examiné l'assurée. Il a résumé le dossier de celle-ci et relaté ses déclarations, selon lesquelles elle ressentait parfois un engourdissement derrière la nuque et une impression de perte de connaissance. Son bras s'endormait parfois lorsqu'elle faisait de la moto en tant que passagère, de même que la nuit. Elle souffrait également de douleurs dorsales en position assise au travail. Elle avait parfois l'impression de perdre l'équilibre en marchant. A l'issue de l'examen, le Dr F\_\_\_\_\_ a conclu que le status à 13 mois d'une spondylodèse avec une bonne évolution démontrait une bonne mobilité cervicale avec une petite limitation en flexion par rapport à l'examen précédent, une absence de contracture, de petites douleurs à la palpation des épineuses moyennes cervicales. La cicatrice antérieure et le Cloward au niveau du cou étaient peu visibles. L'état paraissait stabilisé mais en raison de discrets troubles périphériques dans les

membres supérieurs, un rapport du neurologue consulté par l'assurée serait requis.

18. Dans son rapport du 13 novembre 1998, le Dr H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a noté que l'assurée avait repris le travail peu après la spondylodèse mais que ses troubles avaient recommencé et persistaient sans entraver sa capacité de travail. En fin de journée, l'assurée se plaignait de cervicalgies avec des fourmillements à la base du crâne qui devenaient parfois intolérables et induisaient des nausées. Elle avait par moments la sensation d'une perte d'équilibre avec une attraction du côté gauche, subissait fréquemment des engourdissements du membre supérieur droit, surtout en tant que passagère à moto et la nuit, présentait des céphalées évoquant des migraines alors qu'elle n'en avait pas avant l'accident. Il s'agissait de douleurs en casque, pulsatiles, s'accompagnant de photophobie, survenant de temps en temps et pouvant durer jusqu'à deux ou trois jours. L'examen neurologique était normal sans aucun déficit. La symptomatologie de l'assurée pouvait s'expliquer de différentes façons: soit par l'échec de la greffe osseuse et la persistance de l'instabilité, soit par la lésion au niveau des arcs postérieurs C6-C7 apparaissant sur les IRM pré- et post-opératoires, soit par un éventuel défilé thoracique droit décompensé par l'accident. Un scanner cervical avait été mis en œuvre pour investiguer les deux premières hypothèses et le Dr H \_\_\_\_\_ en attendait les résultats. Une névrose d'assurance paraissait improbable, l'assurée étant collaborante et n'ayant jamais cessé de travailler. De la physiothérapie serait mise en place.

19. Par complément de rapport du 19 novembre 1998, le Dr H \_\_\_\_\_ a relevé que le scanner cervical avait démontré que le greffon n'avait pas pris avec la vertèbre caudale, réalisant ainsi une pseudarthrose entre le greffon osseux et C5. La greffe avait en revanche bien pris entre C4 et le greffon.

20. Dans son courrier du 6 janvier 1999 au Dr H \_\_\_\_\_, le Dr I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie auprès du Service de neurochirurgie des HÔPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENÈVE, a indiqué que les radiologies démontraient clairement une non union au niveau inférieur du greffon, entraînant une pseudarthrose C4-C5. Si la symptomatologie mécanique s'avérait trop invalidante pour l'assurée, il faudrait envisager une reprise chirurgicale avec nouvelle greffe maintenue par une plaque. Il n'était pas certain que le résidu de C5 permette de recevoir correctement des vis et il faudrait éventuellement prévoir une fixation de C4 à C6. L'assurée reprendrait contact avec le Dr B \_\_\_\_\_ pour l'opération.

21. Dans son rapport du 22 janvier 1999, le Dr H \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une pseudarthrose C4-C5 après auto-greffe selon Cloward et une instabilité C4-C5 post-traumatique. Une intervention chirurgicale paraissait nécessaire.

22. L'assurée a été opérée par le Dr B \_\_\_\_\_ le 9 mars 1999. L'intervention a consisté en une révision chirurgicale, une greffe osseuse autologue et une cage Acromed 6 mm.

23. Lors de son entretien du 18 mars 1999 avec un collaborateur de la SUVA, l'assurée a relaté qu'elle avait encouru des brûlures et un abcès de pus après son intervention, vraisemblablement en raison d'une allergie aux pansements pourtant signalée à l'équipe médicale. Cette situation avait abouti à un différend avec le Dr B \_\_\_\_\_ et l'assurée ne souhaitait plus être suivie par ce médecin.

24. Dans son rapport du 27 avril 1999, le Dr I \_\_\_\_\_ a noté que lors du contrôle post opératoire, l'assurée allait bien. Elle n'avait plus de dysphagie mais quelques tiraillements au niveau interscapulaire persistaient. Le contrôle radiologique montrait un bon alignement sans clarté qui pourrait traduire un trouble de la consolidation.

25. Un nouveau contrôle par le Dr I \_\_\_\_\_ en date du 10 juin 1999 a révélé que l'assurée allait tout à fait bien. Les radiographies étaient en ordre, sans signe de pseudarthrose. Le médecin a proposé une ablation de la collerette et une

reprise progressive du travail deux semaines plus tard. !endif]>![if> 26. La Dresse J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a indiqué dans son rapport du 6 septembre 1999 que les symptômes de l'assurée s'étaient aggravés après sa deuxième intervention, sous forme d'hémicrâniées droites tantôt pulsatiles, tantôt en étau, avec irradiation rétroculaire droite sans facteur déclenchant, accompagnées ou non de douleurs paracervicales gauches et paralombaires ainsi que de paresthésies, voire de sensations d'engourdissement complet du membre supérieur droit, de chutes sous forme de drop attacks avec perte de connaissance à deux reprises, d'une symptomatologie neurovégétative et d'hypersomnie. Le status neurologique s'est révélé normal hormis une discrète instabilité au funambule. La neurologue a conclu que le tableau clinique évoquait un status post contusion cervicale. Les drop attacks pourraient évoquer une dysfonction otolithique et les chutes avec perte de connaissance une dysautonomie comme on la trouve dans les lésions centrales du système neurovégétatif. Les plaintes concernant le membre supérieur droit pouvaient également s'inscrire dans ce contexte mais une origine vasculaire ne pouvait être exclue. Des investigations complémentaires étaient recommandées. !endif]>![if> 27. La Dresse

K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et médecin auprès de l'INSELSPITAL, a procédé à un bilan otoneurologique partiel en date du 1<sup>er</sup> octobre 1999. L'assurée lui avait rapporté des céphalées sous forme d'hémicrâniées droites depuis l'accident, des scapulalgies avec diminution de la sensibilité et de la force au niveau du bras droit, des symptômes de vertiges évoluant par périodes sous forme d'une sensation d'être attirée vers la droite en particulier en position debout ou lors de la marche. Il existait également une sensation de chute durant ces périodes, sous forme de mouvements erronés d'une durée très brève, et l'assurée avait subi plusieurs chutes alors qu'elle était debout, sans perte de connaissance. Elle évoquait également des phénomènes de démarche ébrieuse avec une sensation de mouvements erronés, survenant parfois également en position assise. Il n'y avait pas de fluctuation d'audition, d'hyperacousie ou de diplacousie, mais un acouphène sous forme de sifflement à droite et une sensation d'oreille bouchée à droite. Le status a révélé des tympanes en ordre et une acoumétrie normale. L'examen vestibulaire était dans la norme, à l'exception d'un Unterberger dévié vers la droite. L'électronystagmographe montrait une prépondérance nystagmique droite, l'examen calorique une discrète hyporéflexie droite en fréquence et en amplitude, l'examen de la verticalité était dans la norme. A l'off vertical axis rotation, l'examen était dans la limite inférieure de la norme à la rotation droite. Le bilan otoneurologique mettait en évidence une discrète hypofonction canalaire à droite. En l'absence de toute médication vertibuloplégique, on pouvait considérer cette réponse comme étant diminuée de manière bilatérale. Sur le plan otolithique, la réponse à la stimulation rotatoire droite se situait dans les limites inférieures de la norme. L'anamnèse évoquait un status après une contusion labyrinthique probablement plus marquée à droite. Les drop attacks étaient parfaitement compatibles avec une perturbation brusque du système otolithique. La symptomatologie évoquait fortement un début de maladie de Ménière. La pose d'un drain transtympanique à droite était envisageable. Une IRM cervicale était préconisée, qui devrait également comprendre des coupes sur les rochers afin de connaître la structure anatomique des oreilles internes. !endif]>![if> 28. Le 28 octobre 1999, le Dr L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, a procédé à dite IRM. Il a conclu à un examen normal sans lésion de la fosse postérieure, avec un canal endo-lymphatique visible de chaque côté dont le signal était superposable à celui des vestibules, probablement sans signification. L'IRM cervicale réalisée à la même date a mis en évidence un status après Smith-Robinson C4-C5 avec cage

Acromed pour pseudo-arthrose, une consolidation du corps vertébral et un bon alignement des murs postérieurs à cette hauteur. La moelle et ses enveloppes étaient en ordre.![endif]>![if> 29. Par courrier du 15 novembre 1999, l'assurée, par son mandataire, a requis une indemnité pour atteinte à l'intégrité compte tenu notamment de l'atteinte à l'oreille interne droite décelée. L'assurée avait subi un tort moral important qu'elle évaluait à 50'000 fr. en raison des deux interventions chirurgicales sans résultat, sauf une amélioration de quelques mois après la première opération. Elle réclamait pour la deuxième opération une indemnité à titre de tort moral pour mauvais traitement, atteinte à l'intégrité et négligence grave de 100'000 fr. ![endif]>![if> 30. Dans son rapport du 27 octobre 1999, le Dr H\_\_\_\_\_ a indiqué que l'électromyographe des membres supérieurs était normal, sans signe en faveur d'une lésion radiculaire à droite. Il n'y avait aucun argument pour un syndrome du canal carpien. ![endif]>![if> 31. Le Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et angiologie, a pratiqué un bilan carotidien et vertébral le 9 novembre 1999. Dans son rapport du lendemain, il a noté que le bilan ainsi que les flux dans l'artère sous-clavière droite étaient dans les limites de la norme. ![endif]>![if> 32. Dans un rapport du 17 décembre 1999, le Dr O\_\_\_\_\_ a fait état d'une perte de connaissance survenue le 5 juillet 1999 en sortant d'un cinéma. ![endif]>![if> 33. Un examen tomodensitométrique cervical pratiqué le 20 décembre 1999 par la Dresse P\_\_\_\_\_, spécialiste en neuroradiologie, a révélé une colonne non continue avec un petit interligne radio-transparent au centre de la cage C4-C5, une sclérose modérée du corps de C5 et de l'hémi-corps inférieur de C4, une discrète ostéophytose marginale postérieure des plateaux vertébraux au niveau de l'espace intersomatique C4-C5 et une discopathie modérée C5-C6 associée à une calcification discale antérieure.![endif]>![if> 34. Dans son courrier du 30 mars 2000 à la Dresse J\_\_\_\_\_, le Dr I\_\_\_\_\_ a signalé que la situation actuelle lui semblait stabilisée du point de vue chirurgical. L'assurée se plaignait de douleurs cervicales occasionnelles sous forme de tiraillements postérieurs avec une sensation de craquement et une irradiation fulgurante dans le membre supérieur droit durant quelques secondes. Elle ne supportait plus de porter un casque téléphonique mais assumait néanmoins ses activités professionnelles. Le dernier contrôle radiologique sous forme d'un scanner avec reconstruction montrait une bonne interface osseuse entre les corps vertébraux et le greffon. ![endif]>![if> 35. Dans son rapport du 9 mai 2000, le Dr F\_\_\_\_\_ a résumé le dossier de l'assurée. Celle-ci déclarait ne pas prendre de médicaments. Elle avait parfois des douleurs dans la colonne cervicale avec des craquements. Il subsistait un certain engourdissement dans le bras droit avec sensation de fourmis allant jusque dans les doigts. Elle avait parfois des douleurs cascades dans le dos et modifiant la statique de son bassin. Après l'examen clinique, le Dr F\_\_\_\_\_ a noté que l'évolution sur le plan osseux avait été favorable avec consolidation de la spondylodèse, persistance par intermittence de cervicalgies avec conservation de la mobilité, développement de troubles de type Menière avec une réponse otolithique à droite selon la Dresse K\_\_\_\_\_. Le status était superposable au précédent avec conservation d'une bonne mobilité cervicale en dehors de la flexion antérieure présentant 4 centimètres du menton au sternum. Le cas ne pouvait être clos avant la consultation prévue fin mai avec la Dresse J\_\_\_\_\_. ![endif]>![if> 36. Dans son rapport du 31 mai 2000, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, a noté qu'un nouveau bilan ne serait pas indiqué. L'évolution de l'assurée n'était en effet pas très spécifique d'un traumatisme. Il suggérait dès lors un audiogramme afin de rechercher une fluctuation positive. Dans le cas de l'assurée, la relation de causalité n'était pas certaine mais possible. ![endif]>![if> 37. La Dresse

J\_\_\_\_\_ a indiqué dans son rapport du 29 mai 2000 qu'il n'y avait pas d'évolution notable avec persistance des cervicalgies, céphalées, paresthésies et troubles de l'équilibre. Il y avait lieu d'ordonner des séances de physiothérapie en cas de besoin et un traitement était à prévoir avec le Dr A\_\_\_\_\_. L'état n'était pas stabilisé. ![/endif]>[/if> 38. Par courrier du 22 juin 2000, la SUVA a refusé la demande de l'assurée de prendre en charge une expertise neutre à Barcelone.![endif]>![if> 39. Dans son rapport du 17 août 2000, le Dr Q\_\_\_\_\_ a fait état d'un status après opération Cloward pour instabilité post-traumatique. Les plaintes de l'assurée étaient inchangées. A l'examen clinique, elle signalait des cervicalgies aiguës et la rotation était nulle à gauche. Il y avait à craindre un processus de chronicisation avec revendication et polypragmasie. ![/endif]>![if> 40. Les radiographies de la colonne réalisées le 25 septembre 2000 par le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, ont révélé des troubles statiques du rachis cervical, un status après cage C4-C5 avec bonne prise, un discret glissement antérieur de C2 en C3 lors de la flexion qui régressait en extension et un bec ostéophyttaire antérieur au niveau du plateau inférieur de C5.![endif]>![if> 41. Dans son rapport du 31 octobre 2000, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que le drain transtympanique inséré le 14 juin n'avait pas modifié les pertes d'équilibre. Elles étaient cependant peu marquées et l'assurée s'y était habituée. Il n'y avait pas d'incapacité de travail à moyen et long termes et un changement de profession n'était pas nécessaire. Le lendemain, ce médecin a signalé que le drain était en voie d'expulsion. Une visite de contrôle était prévue. ![/endif]>![if> 42. Dans son rapport du 31 janvier 2001, le Dr A\_\_\_\_\_ a signalé qu'il avait procédé à l'ablation d'un polype infectieux et du drain. Le contrôle du 24 janvier avait mis en évidence un status tout à fait normal. ![/endif]>![if> 43. Dans son rapport du 7 février 2001, le Dr S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a livré son appréciation de la situation de l'assurée à la demande de cette dernière. Celle-ci se plaignait de la persistance de craquements douloureux cervicaux, d'un endormissement nocturne du membre supérieur droit, de troubles de l'équilibre sans chute, de sensations d'oreille droite bouchée, de maux de tête partant des cervicales et irradiant l'ensemble de l'encéphale, de paresthésies au niveau de la base de la nuque, de nausées et de vomissements. L'examen de la nuque révélait une excellente mobilité avec une mobilisation un peu sensible localement, des muscles paracervicaux et des trapèzes légèrement sensibles à la pression mais non contracturés. Les épreuves de marche étaient sans instabilité ni déviation significative. L'auscultation et la palpation des carotides paraissaient physiologiques. La recherche de signes d'irritation sur le nerf médian au niveau du canal carpien était négative et le reste de l'examen des membres supérieurs sans anomalie, à l'instar de celui du tronc et des membres inférieurs. Au vu de l'ensemble des documents radiologiques, il paraissait difficile d'expliquer non pas tellement la persistance des troubles mais l'importance de la symptomatologie. Il était néanmoins possible qu'une épine organique soit à l'origine des cervico-céphalalgies. Pour ce spécialiste, il n'y avait pas d'investigations complémentaires à effectuer. Des séances de physio- et balnéothérapie pouvaient être tentées, de même que des infiltrations périurales. Un traitement anti-dépresseur pouvait également être envisagé ![/endif]>![if> 44. Dans son rapport du 12 février 2001, le Dr F\_\_\_\_\_ a repris le dossier de l'assurée et complété ses déclarations. Il persistait des douleurs cervicales plus nettes après huit heures de travail. L'examen était superposable aux examens précédents s'agissant de la mobilité de la colonne vertébrale, et la spondylodèse était consolidée. L'état pouvait être considéré comme stabilisé. La relation de causalité ne pouvait être niée entre les troubles discrets de l'équilibre, les céphalées et l'accident. Le Dr F\_\_\_\_\_ a estimé l'atteinte à l'intégrité à

20 % en accordant 10 % pour les douleurs modérées à minimales et permanentes de la colonne vertébrale, auxquels s'ajoutaient 10 % pour le status après spondylodèse.

45. Par décision du 2 mars 2001, la SUVA a mis un terme au paiement des soins médicaux, hormis des contrôles 3 à 4 fois par année et 9 séances de physiothérapie. Elle a alloué une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %, correspondant à 19'440 fr.

46. L'assurée s'est opposée à la décision le 4 avril 2001.

47. Une scanographie occipito-cervicale réalisée le 22 mars 2001 par le Dr IC \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, s'est révélée dans les limites normales. Il n'y avait pas d'ostéophytose ni d'arthrose au niveau de C2.

48. Selon le rapport de radiographie établi le 8 mars 2001 par la Dresse T \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, l'assurée présentait une discopathie C5-C6 débutante avec signe mineur d'instabilité.

49. L'assurée a complété son opposition par courrier du 6 août 2001. Elle a relevé qu'elle était en mesure, au prix d'efforts soutenus, de maintenir sa capacité de travail. Cela étant, compte tenu de ses souffrances, il n'était pas certain qu'elle puisse continuer à travailler et la question de la rente devait rester ouverte. S'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, il était contesté que ses douleurs fussent modérées à minimales. Il y avait lieu d'interroger le Dr U \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, qui la suivait actuellement.

50. Le Dr U \_\_\_\_\_ a établi un rapport à l'attention de la SUVA en date du 1<sup>er</sup> octobre 2001. Il a signalé qu'il n'y avait pas d'atteinte osseuse ou articulaire majeure de la charnière cervico-occipitale. L'assurée ne subissait aucune incapacité de travail pour l'heure et aucun changement de profession n'était nécessaire. L'état n'était pas stabilisé. L'amélioration était progressive avec le traitement de physiothérapie.

51. Le Dr F \_\_\_\_\_ s'est déterminé sur ce rapport le 10 octobre 2001 en soutenant qu'il ne modifiait pas le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

52. La SUVA a communiqué cette position à l'assurée par courrier du 17 octobre 2001 et maintenu le taux de 20 % retenu pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

53. La SUVA a écarté l'opposition de l'assurée par décision du 24 juin 2002. Elle a soutenu que l'appréciation du Dr F \_\_\_\_\_ sur les douleurs minimales à importantes permanentes n'était remise en cause par aucun élément médical et que l'assurée se contentait d'y substituer la sienne.

54. Le 26 juin 2002, l'employeur de l'assurée a annoncé une suite d'accident.

55. Par courrier du 23 septembre 2002, l'assurée a signalé que les contrôles médicaux occasionnels et les neuf séances de physiothérapie annuelles prises en charge par la SUVA - qui n'avaient pas fait l'objet de la décision sur opposition - étaient insuffisants pour maintenir sa capacité de travail. Elle a joint un relevé de ses douleurs du 25 juin au 7 août 2007. Elle a requis une expertise afin de déterminer les frais médicaux à charge de la SUVA.

56. Par courrier du 4 novembre 2002, la SUVA a admis la prise en charge de six consultations par année et trois séries de neuf séances de physiothérapie.

57. L'assurée a été examinée le 22 janvier 2003 par le Dr V \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Celui-ci a considéré que les troubles de l'assurée étaient pour l'essentiel liés à la pseudarthrose C4-C5 ainsi qu'à la modification dans le segment C5-C6. Une spondylodèse C5-C7 (recte C4-C7) était ainsi préconisée.

58. Dans son appréciation du 4 février 2003, le Dr F \_\_\_\_\_ a admis que la spondylodèse C4-C7 envisagée était de la responsabilité de la SUVA.

59. Dans son rapport du 4 mars 2003, la Dresse W \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a indiqué que l'assurée présentait des symptômes dépressifs sous forme de troubles du sommeil, réveils nocturnes fréquents et troubles de l'endormissement. La concentration était perturbée et diminuée. L'estime de soi

était fluctuante et fonction des douleurs ressenties. La faculté de trouver du plaisir était restreinte et l'assurée avait dû mettre un terme à des activités sportives qu'elle avait remplacées par de la marche, du ballet rock et l'écriture. Le deuil des facultés physiques antérieures ne semblait pas accompli et l'assurée présentait une anhédonie pour les activités physiques. Il existait ponctuellement des idées noires, notamment lors de douleurs insupportables. Le diagnostic était celui de réaction dépressive prolongée à un facteur de stress important (F 43.21), bien que celui-ci soit en principe limité à deux ans dans la classification médicale. Les investigations et les entretiens avaient révélé une déception à plusieurs reprises face aux résultats d'actes médicaux. L'assurée était également en colère en raison de l'opération initiale, qui n'était pas celle qui avait été convenue. Elle n'était pour l'instant pas favorable à un traitement médicamenteux dont il n'était pas sûr qu'il améliore la situation. ![/endif]>![if> 60. Les Drs Z\_\_\_\_\_, AB\_\_\_\_\_, BA\_\_\_\_\_ et CA\_\_\_\_\_ du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG ont reçu l'assurée les 10 janvier et 3 février 2003. Ils ont diagnostiqué des cervicalgies chroniques non déficitaires, un status post spondylodèse C4-C5 avec cage Acromed et une instabilité C4-C5. Dans l'anamnèse, ils ont notamment relevé que la symptomatologie s'était compliquée depuis plusieurs mois avec la survenance de douleurs généralisées paravertébrales droites qui avaient des répercussions sur l'amplitude respiratoire. Après l'examen clinique, les médecins ont conclu à des cervicalgies d'origine multifactorielle évoluant actuellement sur un mode chronique. Les examens complémentaires radiologiques avaient mis en évidence une possible pseudarthrose C4-C5 ainsi qu'une altération du segment C5-C6 avec un début de calcification des ligaments longitudinaux. Sur le plan thérapeutique, l'abord pluridisciplinaire sous forme de physiothérapie et de médicaments était préconisé. Le courage et la force de mobilisation de l'assurée étaient relevés. ![/endif]>![if> 61. Dans son rapport du 15 mai 2003, le Dr U\_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervicalgies et blocages récidivants post spondylodèse C4-C5 avec instabilité secondaire. L'assurée était en arrêt de travail à 50 % depuis le 29 avril 2003. ![/endif]>![if> 62. L'assurée a été opérée le 3 septembre 2003 pour une révision de la spondylodèse C4-C5 avec plaque ventrale Codmann par le Dr DA\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 24 octobre 2003, ce médecin a noté une diminution importante des douleurs. Une tension douloureuse persistait dans la zone des omoplates et de la musculature stabilisatrice de la nuque. Les 4<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> doigts des deux mains étaient hypoesthésiques. ![/endif]>![if> 63. Dans son rapport du 2 février 2004, le Dr EA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, a noté que la symptomatologie persistait avec une recrudescence des hémicrâniées droites, commençant toujours par des cervicalgies et survenant à raison de deux fois par semaine. L'assurée avait de plus les mâchoires crispées au réveil. L'assurée était en arrêt de travail à 50 % depuis le 30 avril 2003 et à 100 % depuis le 1<sup>er</sup> août 2003. L'examen neurologique ne montrait pas de signe d'atteinte des nerfs crâniens, de latéralisation aux voies longues, de dysfonction vestibulo-cérébelleuse ni de déficit lésionnel sensitivo-moteur ou des trapèzes. Une dysfonction des articulations temporo-mandibulaires ainsi qu'une discrète contracture paracervicale, des trapèzes et de la musculature de l'omoplate étaient signalées. Les céphalées étaient d'origine mixte, liées à la problématique cervicale mais aussi à des vraies migraines sans aura. Il n'était pas exclu que la dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire fût en rapport avec un bruxisme. Le Dr EA\_\_\_\_\_ s'interrogeait sur le rapport entre les paresthésies des deux derniers doigts avec la pathologie cervicale. Celle-ci pourrait être une expression d'irritation du nerf cubital. ![/endif]>![if> 64. Le 3 mai 2004, le Dr EA\_\_\_\_\_ a procédé à un

électroneuromyographe de l'assurée, qui a révélé des signes en faveur d'une discrète neuropathie myélinique du nerf cubital en regard de la gouttière épitrochléenne et n'a pas mis en évidence de signes en faveur d'une atteinte radiculaire lésionnelle C8. ![/endif]>![if> 65. Le Dr FA \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, a établi un rapport à l'attention de la SUVA le 12 août 2004. Il a retenu le diagnostic de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et humeur dépressive (F 43.22). Il ne pensait pas que les symptômes psychiques aient une influence notable sur la capacité de travail. Le pronostic dépendrait de l'acceptation des séquelles mais quelques événements influençant négativement les symptômes de l'assurée étaient survenus dans les derniers mois. ![/endif]>![if> 66. Dans un rapport adressé à l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ (OAI) le 29 mars 2004, la Dresse GA \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, a posé les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de cervicalgies non déficitaires d'origine multifactorielle évoluant sur un mode chronique, d'instabilité C4-C5 post traumatique traitée par intervention neurochirurgicale, de non fusion d'un Cloward C4-C5, d'une révision de la spondylodèse C4-C6, de céphalées d'origine mixte, de dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire secondaire au bruxisme et d'état dépressif modéré. A la suite des traitements inefficaces, l'assurée se disait épuisée physiquement et psychiquement et avait momentanément interrompu tout traitement hormis le Sirdalud<sup>®</sup> et la Fluctine<sup>®</sup>. Après un bref status révélant une douleur à la palpation de la musculature paracervicale droite paradorsale droite avec importante contracture à ces mêmes niveaux ainsi qu'au niveau du muscle de l'angulaire de l'omoplate droite, la Dresse GA \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée avait tenté de reprendre le travail une à deux heures par jour, mais cette tentative s'était soldée par une résurgence des douleurs. Une amélioration significative pour la suite était peu probable et une reprise du travail semblait par conséquent illusoire. ![/endif]>![if> 67. Dans son rapport du 13 septembre 2004, la Dresse GA \_\_\_\_\_ a diagnostiqué des cervicalgies non déficitaires évoluant sur un mode chronique, malgré un traitement maximal. Les drop attacks d'origine indéterminée récidivaient également. Un dommage permanent sous forme de douleurs chroniques rendant la reprise du travail impossible était à craindre. ![/endif]>![if> 68. L'employeur de l'assurée a résilié les rapports de travail pour le 16 septembre 2004. ![/endif]>![if> 69. Dans un rapport du 30 septembre 2004, le Dr HA \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurochirurgie, a fait état de nouveaux troubles de l'équilibre et de pertes de connaissance. Il considérait qu'il était urgent qu'un électroencéphalogramme soit entrepris afin d'exclure une épilepsie. La pseudarthrose était responsable des douleurs de la nuque et une nouvelle intervention était souhaitable. ![/endif]>![if> 70. La Dresse K \_\_\_\_\_ a reçu l'assurée en consultation en août et octobre 2004. Dans son rapport du 8 octobre 2004, elle a noté que le bilan otoneurologique mettait en évidence des anomalies des voies visuo-oculomotrices du tronc cérébral ainsi qu'un déficit vestibulaire périphérique bilatéral. Comparativement à l'électronystagmographie pratiquée cinq ans auparavant, la fonction vestibulaire périphérique s'était nettement dégradée des deux côtés sans compensation centrale. Les voies visuo-oculomotrices du tronc cérébral étaient également altérées. Il y avait donc une atteinte vestibulaire mixte périphérique et centrale. ![/endif]>![if> 71. Dans son rapport du 19 octobre 2004, le Dr EA \_\_\_\_\_ a indiqué que l'assurée rapportait depuis le mois d'août des épisodes de malaises avec sentiments de déconnexion neurosensorielle pouvant durer 30 à 60 minutes sans perte de connaissance, des troubles de l'équilibre et de la parole associés à une somnolence importante et une paresthésie dans le territoire distal du nerf cubital droit. Un bilan neuro-ORL avait été effectué par la Dresse K \_\_\_\_\_ en août et

conclu à une atteinte vestibulaire mixte périphérique et centrale. L'angio-IRM cérébrale était dans les limites de la norme et les coupes ne montraient pas de myélopathie. A l'examen neurologique, le médecin a constaté un signe de Romberg instable avec une déviation vers la gauche lors de l'épreuve d'Unterberger. Le Dr EA \_\_\_\_\_ pensait qu'il s'agissait de manifestations dans le territoire vertébro-basilaire y compris la substance réticulée par instabilité cervicale post-traumatique. Le fait que la symptomatologie ait disparu durant le port d'une minerve renforçait l'origine cervicale des malaises.

72. Le 29 novembre 2004, l'assurée a subi une quatrième intervention de reprise par voie antérieure pour greffe C5-C6 avec os autologue et plaque zéphyr et une stabilisation de C4 à C6 par voie postérieure, pratiquée par le Dr I \_\_\_\_\_.

73. Le 21 mai 2005, l'assurée a déclaré qu'elle avait subi un accident alors qu'elle était passagère d'une voiture ayant heurté un poteau et portait sa minerve. Sa tête avait basculé en avant puis en arrière. Sa physiothérapeute avait constaté une importante contraction dorsolombaire et moins importante au niveau cervical.

74. L'assurée a été hospitalisée du 2 au 12 mai 2005 au Service de neurologie des HUG pour des malaises avec troubles de la vigilance d'origine indéterminée. Après examen, les Drs IA \_\_\_\_\_ et JA \_\_\_\_\_ ont noté dans leur rapport du 7 juin 2005 que l'assurée signalait d'une part des épisodes ressemblant à des drop attacks évoquant une dysfonction otolithique, qui ne pouvaient être expliqués par l'hyporéflexie vestibulaire bilatérale mise en évidence par la Dresse K \_\_\_\_\_. Elle se plaignait d'autre part de troubles de la vigilance souvent associés à des épisodes de sommeil diurne. Le bilan durant l'hospitalisation était dans la norme et ne permettait pas de trouver une origine à ces troubles. Un effet secondaire de la médication était possible et celle-ci devait être réévaluée. Aucune anomalie évoquant des crises comitiales ou altération du tracé n'était mise en évidence. Il n'y avait pas d'argument pour une narcolepsie. Les dopplers carotido-vertébral et transcrânien permettaient d'exclure une atteinte vasculaire. Des troubles du rythme cardiaque et hémodynamique avaient également pu être écartés grâce aux tests pratiqués. Un bilan neuropsychologique était prévu.

75. Dans son rapport du 18 novembre 2005, le Dr FA \_\_\_\_\_ a confirmé le diagnostic de trouble de l'adaptation avec composante émotionnelle mixte. Depuis avril 2003, l'assurée avait des réactions anxieuses souvent accompagnées d'humeur dépressive lorsqu'elle était confrontée aux suites de son accident. Elle était alors rapidement envahie par des sentiments d'insécurité. L'état psychologique n'intervenait cependant pas dans l'incapacité de travail.

76. Le 24 novembre 2005, le Dr I \_\_\_\_\_ a signalé à la Dresse GA \_\_\_\_\_ que l'assurée allait relativement bien sur le plan cervical. Il était néanmoins frappé par le récit de celle-ci concernant des troubles de la mémoire avec d'importantes lacunes. Si ceci était vrai, cela s'avérait préoccupant et des investigations neuropsychologiques étaient nécessaires. Il avait également donné son aval à une éventuelle grossesse si l'assurée pouvait se passer des médicaments. Restait cependant le problème des syncopes.

77. La Dresse K \_\_\_\_\_ a réalisé un bilan otoneurologique partiel le 12 décembre 2005, qui a révélé une très nette amélioration de tous les paramètres visuo-oculomoteurs. Les paramètres vestibulaires canaux s'étaient discrètement améliorés avec la persistance d'une aréflexie gauche et d'une forte hyporéflexie droite. La Dresse K \_\_\_\_\_ a encore précisé que la fonction otolithique était tout à fait testable et qu'elle était à disposition pour pratiquer cet examen.

78. Le 2 mai 2006, l'assurée a été examinée par les Drs KA \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et psychiatrie, et LA \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, tous deux

médecins auprès de la SUVA. ![/endif]>![if> Dans son rapport, le neurologue a résumé le dossier médical de l'assurée après avoir pris connaissance des documents d'imagerie et retracé l'anamnèse, qu'il a complétée par les déclarations de l'assurée. Interrogée sur les drop attacks , elle a signalé n'être tombée qu'une fois en ayant toute sa conscience en 2005 et n'avoir pas encore eu de tels épisodes en 2006. La Dresse K\_\_\_\_\_ avait prescrit une rééducation vestibulaire qui n'avait pas encore porté de fruits. S'agissant des troubles de la mémoire, elle décrivait des épisodes quotidiens où elle oubliait ce qu'elle avait fait peu de temps auparavant. La sœur de l'assurée, présente lors de l'entretien, a indiqué que cette dernière l'appelait plusieurs fois par jour pour lui demander la même chose et qu'il lui arrivait de laisser des objets sur les plaques de cuisson. Souvent, elle ne réagissait pas à la sonnerie du téléphone ou parlait pendant quelques minutes de manière inintelligible. L'assurée a indiqué qu'il se produisait alors une discordance entre ce qu'elle ressentait et ce qu'elle voyait. Elle percevait tout de son environnement mais ne pouvait pas réagir, ce qui se produisait chaque fois qu'elle se trouvait seule ou qu'elle prenait le tram. Sa sœur avait remarqué qu'à ces occasions, sa voix changeait tout d'un coup et son teint devenait grisâtre. Cet état était parfois suivi d'une soudaine envie de dormir et l'assurée devenait plus irritable. Ses maux de tête étaient localisés du côté droit de la tête et irradiaient dans l'œil droit, et elle était sensible à la lumière et au bruit. Elle supportait mieux les céphalées grâce à la morphine, qui n'empêchait pas leur survenance de manière assez forte deux fois par semaine. Les troubles sensitifs de la main étaient plus intenses le matin après le réveil, et elle avait parfois des dysesthésies douloureuses du petit doigt et du pouce des deux côtés. Ses ongles devenaient parfois bleus et ses doigts pâles, sans que cela ne soit dû au froid. Elle avait souvent de fortes douleurs au dos le matin après le réveil. Elle ne se sentait actuellement pas en état de travailler. A l'issue de son examen clinique, le Dr KA\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de vertiges et chutes récidivants avec conservation de la conscience d'origine indéterminée, de modifications épisodiques qualitatives et éventuellement aussi quantitatives de la conscience avec troubles mnésiques subjectifs, de céphalées migrainiformes récidivantes sans aura (G 43.0), de douleurs chroniques dans la région de la nuque et des épaules, et de suspicion d'usage nocif de benzodiazépines et morphine (F 11.1 et F 13.1), de status après contusion thoracique en juillet 1994, de status après quatre interventions de stabilisation du rachis cervical, de suspicion de trouble de l'adaptation avec état anxio-dépressif (F 43.22), de suspicion de syndrome du sillon ulnaire droit et de suspicion de dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire. Dans son appréciation, ce spécialiste a noté que les descriptions et constatations relatives à l'accident de juillet 1994 n'indiquaient pas un traumatisme de la tête, ce qui permettait d'exclure une cause traumatique aux céphalées. Les interventions sur le rachis cervical ne pouvaient non plus être considérées avec certitude comme l'origine des maux de tête. Le lien de cause à effet était possible, mais non vraisemblable. La suspicion de syndrome du sillon ulnaire pouvait se concevoir mais ne pouvait être mise en lien avec l'accident de 1994 ou les suites des interventions. Ces troubles ne perturbant pas considérablement l'assurée, aucune mesure n'était nécessaire du point de vue neurologique, de même que pour les douleurs de l'articulation temporo-mandibulaire qui devaient être considérées comme indépendantes de l'accident. Les examens cliniques neurologiques dès 1998 ne permettaient pas d'objectiver de troubles neurologiques chez l'assurée, ce qui était compatible avec les informations sur le déroulement de l'accident qui n'impliquait aucun traumatisme de la tête ni de la moelle épinière. Les différents examens montraient également des résultats normaux. Ainsi, il n'y avait aucune séquelle organique ou somatique de l'accident au plan neurologique. Les drop

attacks ne pouvaient s'expliquer du point de vue neurologique. Si la Dresse K\_\_\_\_\_ venait à exclure une origine otoneurologique, il y aurait lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique qui permettrait d'élucider la question de l'accoutumance aux analgésiques et l'existence de crises psychogènes non épileptiques par un examen psychiatrique et neurologique stationnaire. Selon le Dr KA\_\_\_\_\_, les troubles mnésiques n'évoquaient pas de trouble organique et une influence préjudiciable du traitement analgésique entrainait en ligne de compte. Les constatations durant l'entretien ne montraient aucune perte cognitive importante. En conclusion, du point de vue neurologique, aucune limitation de la capacité de travail en tant que secrétaire ou employée de bureau n'était identifiée. Le Dr LA\_\_\_\_\_ a quant à lui également pris connaissance du dossier médical de l'assurée, dont il a aussi retracé l'anamnèse. L'assurée, qui était restée assise normalement pendant la plus grande partie de l'entretien, avait été très diserte sur les événements et les fautes commises à son avis par ses médecins traitants. Elle a ajouté qu'elle souffrait de l'omoplate depuis l'accident, celle-ci ayant cogné contre la baignoire. Elle se plaignait aussi de douleurs dans la nuque, avant tout dans les muscles qui étaient contractés, et dans tout le dos jusqu'au bas des reins où elle ressentait comme un durcissement des muscles du côté droit. La morphine rendait les douleurs moins fortes. Elle avait arrêté assez longtemps la prise de morphine afin de déterminer si elle était la cause des vertiges et des autres troubles. Elle avait également des migraines. Elle a décrit deux épisodes de perte de connaissance et des trous de mémoire, et un engourdissement du bras droit et une insensibilité du pouce, ces derniers troubles ayant cependant disparu. Elle ne pouvait rester debout longtemps en raison de ses vertiges et de l'instabilité à la marche. Ses douleurs devenaient plus fortes dans le dos lorsqu'elle était assise. De plus, elle ne pouvait rien porter avec son bras droit et ne pouvait écrire plus d'une ou deux pages à la fois. Elle décrivait une sensation de lourdeur et des douleurs dans tout le bras avec des troubles de la sensibilité, elle ne pouvait plus travailler avec un ordinateur. Son problème principal était la fatigabilité. Elle pouvait s'endormir d'un seul coup. Sa sœur confirmait qu'elle devait tout le temps la surveiller, faire ses courses, et qu'elle dormait souvent cinq heures dans la journée et se sentait extrêmement fatiguée. Le manque de mémoire était également problématique. Le Dr LA\_\_\_\_\_ a fait procéder à des radiographies du rachis cervical en complément à son examen. A la fin de celui-ci, l'assurée s'était allongée sur le lit d'examen mais ne s'était pas endormie. Pendant les six heures qu'avait duré l'examen, l'assurée était restée concentrée et avait répondu précisément aux questions. Elle avait pleuré deux fois avant de recouvrer son humeur habituelle et était restée la plus grande partie du temps assise. Elle faisait beaucoup de gestes avec les bras, sa tête bougeait cependant moins. A l'issue du status, le Dr LA\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de spondylodèse intercorporéale de C4 à C6 consolidée avec plaque antérieure et instrumentation postérieure, de status après trois spondylodèses révisionnelles après opération selon Cloward en 1997, de crises vertigineuses peu claires et de status après contusion thoracique. L'examen orthopédique du rachis montrait un très bon résultat compte tenu des difficultés rencontrées pour parvenir à une fusion osseuse. Il n'y avait pas de signe de problème important d'un segment avoisinant. Le traitement chirurgical du rachis était ainsi terminé avec succès. La perte des deux segments et les séquelles opératoires inévitables au niveau des parties molles avaient laissé des limitations importantes se manifestant tout d'abord lors de la flexion et de l'extension du rachis cervical et rendaient plausibles les troubles des parties molles notamment météo-dépendants décrits par l'assurée. Les quatre interventions étaient en lien avec la chute de 1994, et expliquaient également certaines irradiations dans les bras mais n'avaient pas de

rapport clair avec les segments C5 ou C6. Le ressaut légèrement gênant de l'épaule droite était sans rapport avec l'accident et imputable à des problèmes de glissement entre la coiffe des rotateurs et la partie antérieure de la musculature du deltoïde. Il était peu probable qu'il s'agisse d'une séquelle tardive de la chute du 29 juillet 1994. Les principales limitations de l'assurée n'étaient pas liées à des troubles du rachis. L'état orthopédique ne justifiait pas un taux supérieur à 20 % pour l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Du point de vue orthopédique, l'assurée pouvait réaliser une activité physique légère, y compris être debout, marcher, s'asseoir, monter et descendre des escaliers et surmonter les sollicitations quotidiennes. La tête devait toutefois rester en position neutre sans que le rachis cervical ne soit porté vers l'avant. 79. Le Dr I \_\_\_\_\_, consulté par l'assurée le 22 mai 2006, a indiqué dans son rapport du lendemain que celle-ci présentait les signes typiques d'une décompensation adjacente à l'arthrodèse C4-C6. Il s'agissait de douleurs cervicales hautes avec des phénomènes de blocage, en flexion, extension, comme en rotation. L'examen clinique montrait une discrète raideur cervicale avec une limitation de la mobilité en rotation et en extension. La palpation des épineuses C2 à C4 était particulièrement douloureuse mais la musculature était souple. Au niveau lombaire, on retrouvait une limitation de la mobilité en flexion antérieure avec une difficulté au retour, la musculature étant un petit peu plus tendue à ce niveau. Si l'arthrodèse visée par les quatre interventions était réussie, les phénomènes d'adaptation aux niveaux cervical et lombaire rendaient difficile le maintien prolongé de toute position ou la marche. Le travail à l'ordinateur et l'usage des membres supérieurs étaient également difficiles. Une physiothérapie régulière était souhaitable afin de maintenir la qualité de vie. 80. Donnant suite à la demande de renseignements du Dr KA \_\_\_\_\_, le Dr FA \_\_\_\_\_ s'est référé dans son courrier du 26 mai 2006 à son rapport du 12 août 2004, la situation n'ayant guère changé depuis. 81. Dans son courrier du 19 septembre 2006, la Dresse K \_\_\_\_\_, interrogée par le Dr LA \_\_\_\_\_, a repris l'anamnèse de l'assurée et relevé que le bilan otoneurologique de 2004 montrait une aggravation de la fonction vestibulaire périphérique bilatérale par rapport aux valeurs enregistrées en 1999. A cette époque, l'hyporéflexie bilatérale pouvait être attribuée au traitement médicamenteux. En novembre 2004, une électronystagmographie pratiquée en l'absence de toute médication antalgique montrait toujours un déficit vestibulaire bilatéral associé à une forte dysfonction otolithique droite. L'évolution de la pathologie post-traumatique permettait d'exclure une maladie de Ménière. L'atteinte vestibulaire périphérique bilatérale s'était dégradée depuis 1996. Un déficit vestibulaire bilatéral pouvait ne se manifester que par une instabilité à la marche, symptôme décrit par l'assurée depuis son accident et toujours attribué à un traumatisme cervical. La dysfonction otolithique objectivée indiquait la présence d'une dysfonction de l'utricule. Le saccule ne pouvait pas être testé par électrophysiologie en raison du status cervical post-opératoire mais il était intéressant de constater que l'assurée ne se plaignait plus de drop attacks depuis 2003, date de la consolidation de sa colonne cervicale. La Dresse K \_\_\_\_\_ regrettait qu'il ait fallu attendre quatre ans après l'accident pour avoir une première évaluation de la symptomatologie vertigineuse et qu'il était dès lors difficile d'établir la causalité. Selon la description de l'accident, l'assurée avait subi un mécanisme de coup du lapin à l'origine de l'instabilité de C4-C5 et d'une distorsion de C6-C7. Les drop attacks pouvaient tout à fait correspondre à des catastrophes de Turmakin d'origine otolithique. Les modifications de conscience et d'état de vigilance ainsi que les céphalées n'étaient en revanche pas en lien avec la symptomatologie otoneurologique. 82. Dans son rapport du 10 octobre 2006, la Dresse

GA\_\_\_\_\_ a relaté que l'assurée se plaignait depuis septembre 2006 d'une aggravation de la thymie dépressive d'origine multifactorielle, liée à une infiltration de l'épaule droite avec aggravation des douleurs, au caractère insupportable des douleurs cervicales et aux pertes de contact neuro-sensorielles quasiment quotidiennes. ![/endif]>![if> 83. Dans son évaluation du 17 octobre 2006, le Dr MA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie et médecin auprès de la SUVA, s'est référé aux rapports de la Dresse K\_\_\_\_\_ et des Drs KA\_\_\_\_\_ et LA\_\_\_\_\_. Il a retenu que les constatations pathologiques objectivables établissaient un score de 4 points pour les tests viso-oculomoteurs et les tests de la fonction otolithique et un score de 8 points pour l'examen du réflexe vestibulo-oculaire. Le score total était ainsi de 14 points ( sic ), ce qui correspondait à la catégorie des troubles moyens. En présence de troubles subjectifs qui n'étaient plus que légers, on pouvait donc établir une atteinte à l'intégrité de 20 % correspondant à un trouble de l'équilibre moyen. S'agissant de la capacité de travail, du point de vue otoneurologique, des activités sollicitant le système ne pouvaient plus être raisonnablement exigées mais l'assurée était tout à fait en mesure d'assumer à plein temps une activité en position assise ou n'impliquant que des mouvements peu fréquents et mesurés, sans observation de parties mobiles de machines en mouvement rapide. Comme cela ressortait du rapport de la Dresse K\_\_\_\_\_, aucune mesure thérapeutique n'était nécessaire du point de vue oto-rhino-laryngologique.![endif]>![if> 84. Dans son rapport du 24 octobre 2006, le Dr LA\_\_\_\_\_ a relevé que selon les Drs K\_\_\_\_\_ et MA\_\_\_\_\_, le lien de causalité entre l'accident et les troubles de l'équilibre était vraisemblable et justifiait une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 %. La fusion totale des deux segments du rachis cervical expliquait les douleurs cervicales handicapantes même dans les activités simples de la vie quotidienne. Cependant, l'exercice d'une activité telle que réceptionniste, standardiste ou secrétaire apparaissait tout à fait envisageable dans l'ensemble, si l'on acceptait l'éventualité d'absences de courte durée en raison de poussées imprévisibles de douleurs cervicales. L'assurée devait de surcroît définir librement la position de sa tête ainsi que des pauses en position debout et des temps de déambulation afin d'éviter les postures prolongées. Les postures sollicitant fortement la musculature cervicale, telles que la position prolongée en antéflexion du buste et de la tête devaient être évitées, de même que les positions extrêmes du rachis cervical. Le port de charges raisonnables ne devrait pas être clairement entravé et il fallait tenir compte des troubles de l'équilibre en évitant la montée d'escaliers ou d'échelles. La probabilité qu'un nouveau traitement puisse amener une amélioration notable de l'état de l'assurée était faible. Un séjour à la clinique de Montana était prévu pour évaluer les troubles psychiques. ![/endif]>![if> 85. Par courrier du 8 janvier 2007, l'assurée s'est déterminée sur les rapports des Drs KA\_\_\_\_\_ et LA\_\_\_\_\_ en soutenant que le Dr LA\_\_\_\_\_ avait affirmé qu'elle pourrait effectuer une activité dans le domaine de la restauration, ce qui était impossible. Les troubles neurosensoriels étaient de plus bien réels et clairement en lien avec son accident. ![/endif]>![if> 86. Dans son rapport du 7 mars 2007, le Dr PA\_\_\_\_\_, médecin à la CLINIQUE DE MONTANA où l'assurée a séjourné du 3 au 9 octobre 2006, a posé le diagnostic d'état dépressif léger. La durée du séjour n'avait pas permis à l'assurée de s'impliquer activement dans le projet thérapeutique. Une grande problématique dans la gestion de ses émotions, qui l'amenait à un état de dépression, était constaté. Compte tenu de son départ prématuré, il lui avait été recommandé de prendre rendez-vous avec son médecin traitant. ![/endif]>![if> 87. L'assurée a été examinée par le Dr RA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et médecin d'arrondissement de la SUVA. Il a résumé son

dossier et procédé à une anamnèse personnelle. Les plaintes de l'assurée concernaient principalement les douleurs touchant à la fois la nuque, le dos et le membre supérieur droit. Elles étaient constantes et la gênaient dans les gestes de la vie quotidienne et dans son sommeil. Elle souffrait également de céphalées épisodiques. Les plaintes principales concernaient d'une part sa fatigabilité, qui l'amenait à souvent dormir une grande partie de la journée, et d'autre part des phénomènes décrits comme des pertes de contact avec la réalité. Ces absences pouvaient survenir n'importe quand et devenaient particulièrement fréquentes. Elles entraînaient des problèmes quotidiens, notamment celui d'oublier des casseroles sur la cuisinière. L'assurée a également déclaré que son humeur était fluctuante avec des moments de désespoir et d'abattement, et elle s'est dite très anxieuse. Le status n'a pas révélé de trouble du cours ou du contenu de la pensée et l'assurée était orientée dans les trois modes. Il n'y avait ni ralentissement psychomoteur ni troubles cognitifs objectifs, en particulier aucun trouble de la mémoire. L'assurée fluctuait sur le plan émotionnel entre des moments de tristesse, voire de pleurs, et des instants d'agitation et de colère. La fatigabilité dont se plaignait l'assurée n'apparaissait pas de manière évidente au cours de l'entretien. Il n'y avait aucune idéation suicidaire. A l'échelle de dépression de Hamilton, le score de 14 indiquait la présence d'une dépression d'intensité légère. L'inventaire de dépression de Beck révélait un score de 19 également indicatif d'une dépression d'intensité légère. Le score de 17 à l'échelle d'anxiété de Hamilton suggérait la présence d'une anxiété majeure. A l'issue de l'examen, le psychiatre a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22) et le diagnostic probable de trouble dissociatif (de conversion) sans précision (F 44.9). Il a relevé qu'il existait un important conflit médico-asséculo-logique en lien avec ce que l'assurée percevait comme une non-reconnaissance. L'assurée était d'avis que de nombreux médecins et la SUVA la considéraient comme une simulatrice. Elle avait eu au cours de l'entretien des réactions de colère et de revendication. La symptomatologie psychiatrique révélait une grande réactivité émotionnelle associée à une symptomatologie dépressive et anxieuse. La durée particulière de la symptomatologie faisait du trouble de l'adaptation une forme prolongée principalement en lien avec la persistance des facteurs de stress dans le temps. De plus, dans le cas d'un trouble de l'adaptation, on évoquait traditionnellement une fragilité préexistante. Il n'avait cependant pas été possible de faire une évaluation fiable de la personnalité de l'assurée durant cet entretien, si bien que ce diagnostic ne pouvait être posé avec certitude. Il existait par ailleurs une symptomatologie atypique difficilement définissable et pour laquelle il était difficile de poser un diagnostic. Il pourrait s'agir d'un syndrome dissociatif de type conversion mais ce trouble était rare et le diagnostic controversé. Il ne pouvait du reste être posé qu'après exclusion de causes neurologiques aux absences de l'assurée. Toutefois, l'impression globale était celle de la présence d'une symptomatologie psychique réactionnelle d'intensité légère voire modérée sans incidence sur la capacité de travail. Le Dr RA \_\_\_\_\_ a ajouté que le traitement des troubles psychiques n'était plus à la charge de la SUVA et que ces troubles ne donnaient pas droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. >![endif]>![if> 88. Lors d'un entretien avec l'assurée en date du 19 septembre 2007, la SUVA lui a proposé le versement d'une indemnité en capital afin de l'aider à recouvrer sa capacité de gain. L'assurée percevait un salaire de secrétaire de 3'200 fr. versé treize fois l'an, soit 41'600 fr. et 50'535 fr. après indexation. La SUVA a proposé un montant correspondant à six mois d'indemnités journalières à 100 %, 12 mois à 50 % et six mois à 25 %. Le mandataire de l'assurée a refusé cette offre en arguant que cette dernière était encore en incapacité de travail totale. Il demandait une rente importante. >![endif]>![if> 89.

Par décision du 21 décembre 2007, la SUVA a mis un terme au versement de toutes les prestations au 31 janvier 2008, considérant que la situation était stabilisée du point de vue orthopédique et qu'une reprise du travail en qualité de secrétaire avec éventuellement une légère diminution de rendement non susceptible d'ouvrir le droit à une rente était possible. L'assurée avait en revanche droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 40 %, dont 20 % pour les troubles moyens de l'équilibre et 20 % pour le status après spondylodèse. Celle-ci se montait à 40 % de 97'200 fr., soit 38'880 fr. Un premier acompte de 19'440 fr. avait été versé le 1<sup>er</sup> mars 2001 et le solde avait été réglé le 1<sup>er</sup> septembre 2007. La SUVA a retiré l'effet suspensif à une éventuelle opposition.!

90. Le Dr SA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin auprès du SERVICE MÉDICAL RÉGIONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ (SMR), a relevé dans son avis du 13 juin 2007 que les suites de l'accident étaient encore actuellement invalidantes en raison des nombreux traitements invasifs ayant encore des répercussions sur la capacité de travail. Un examen neuropsychologique réalisé le 6 juillet 2005 aux HUG avait mis en évidence une faiblesse de la mémoire à court terme et un ralentissement pathologique dans différentes épreuves attentionnelles semblant être dus à une cause psychogène. Au vu de l'intégrité des structures cérébrales, vasculaires et de l'électroencéphalogramme, ces anomalies pouvaient être mises sur le compte d'un déconditionnement au travail secondaire à la longue période d'inactivité professionnelle qui était potentiellement réversible avec la reprise de l'activité professionnelle. Au plan psychiatrique et neurologique, la SUVA avait conclu à une intégrité fonctionnelle. Le Dr SA\_\_\_\_\_ a ajouté que " l'amélioration de l'état orthopédique après la dernière reprise chirurgicale datant de la fin 2005, il est logique d'estimer que, seules, les atteintes à l'intégrité permanentes jouent un rôle dès cette date désormais. De ce fait, nous concluons, avec la SUVA, à une incapacité de travail durable de 40 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 dans toute activité, y compris l'activité antérieure, adaptée".

91. Le 23 novembre 2007, l'OFFICE D'ASSURANCE-INVALIDITÉ a adressé à l'assurée un projet de décision lui octroyant une rente entière du 1<sup>er</sup> mai 2004 au 30 mars 2005 puis un quart de rente dès le 1<sup>er</sup> avril 2005 en se fondant sur un degré d'invalidité de 40 % dès cette date.!

92. L'assurée s'est opposée à la décision de la SUVA le 1<sup>er</sup> février 2008. Elle a affirmé qu'un examen récent pratiqué par le Dr TA\_\_\_\_\_ avait mis en évidence la réalité incontestable de troubles de la conscience à tout moment de la journée. Compte tenu des limitations posées par le Dr LA\_\_\_\_\_, la reprise d'une activité professionnelle quelconque était ainsi impossible. Les seuls avis exprimés sur la capacité de travail de l'assurée étaient le fait de médecins de la SUVA, ce qui démontrait que l'avis d'un médecin neutre était redouté. Les conclusions quant à la capacité de travail ne reposaient en outre sur aucun fondement objectif. Partant, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire. !

93. Par courrier du 11 février 2008, l'assurée a transmis à la SUVA le certificat établi en date du 15 janvier 2008 par la Dresse GA\_\_\_\_\_. Celle-ci y a indiqué que l'assurée présentait les diagnostics suivants: malaises avec trouble de la vigilance dans le contexte d'une hypersomnie, d'un discret syndrome des apnées du sommeil et d'un mouvement périodique des jambes sans repos; hypersomnie d'origine multifactorielle liée à des douleurs chroniques engendrant une insomnie, un syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs sans repos, un discret syndrome d'apnées du sommeil; état dépressif chronique, fluctuant, récurrent; status après traumatisme cervical; status après quatre interventions neurochirurgicales cervicales; cervico-brachialgies chroniques; syndrome douloureux chronique; troubles chroniques de l'équilibre, fluctuants, dans le contexte d'une

aréflexie vestibulaire bilatérale traitée par réhabilitation oto-neurologique; céphalées de type migraine sans aura et de troubles mnésiques associés à des troubles attentionnels. L'assurée se plaignait essentiellement de cervicobrachialgies chroniques exigeant au minimum 120 mg par jour de morphine pour rendre les douleurs supportables. Un traitement physiothérapeutique chronique était nécessaire. Compte tenu de ce problème, il était impensable qu'elle puisse reprendre une activité professionnelle même à 60 % au cours de laquelle elle devrait porter des poids lourds ou rester statique durant un laps de temps trop long. En outre, elle avait des malaises avec pertes de contact neuro-sensoriel qui pouvaient durer très longtemps. Un enregistrement du sommeil à la Consultation du sommeil avait permis de mettre en évidence une hypersomnie d'origine multifactorielle. Un sevrage médicamenteux avait été tenté pour diminuer l'hypersomnie mais s'était soldé par un échec en raison de l'augmentation des douleurs. Une tentative de traitement par des stimulants pourrait être réalisée, un avis spécialisé ayant été requis à cette fin. La dysthymie chronique, fluctuante et par moments réactionnelle malgré le traitement antidépresseur affectait également l'assurée. Compte tenu de ces éléments et de l'absence de vie professionnelle depuis plus de quatre ans, il semblait difficile d'envisager la reprise d'une activité professionnelle. L'assurée ne pourrait de toute façon pas travailler en tant que secrétaire en raison de la position statique et des activités mettant à contribution nuque et épaules. ![endif]>![if> 94. Le Dr LA\_\_\_\_\_ s'est déterminé sur ce rapport le 14 mars 2008 en soulignant que la Dresse GA\_\_\_\_\_ ne s'était pas concrètement exprimée sur les résultats de l'examen du rachis. De plus, aucun élément nouveau n'apparaissait. Il partait dès lors du principe que l'état objectif du rachis ne s'était pas modifié depuis son examen de 2006. Le Dr KA\_\_\_\_\_ a également pris position sur ce rapport en notant qu'il ne mentionnait aucune lésion organique ou structurelle nouvelle du système nerveux périphérique ou central consécutive à l'accident. L'hypersomnie et une éventuelle apnée du sommeil ne pouvaient du point de vue neurologique être considérées comme des suites vraisemblables de l'accident ou des interventions chirurgicales. ![endif]>![if> 95. Par décision du 19 mai 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière de mai 2004 à mars 2005 puis un quart de rente dès le mois d'avril 2006. ![endif]>![if> 96. Le Dr VA\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la SUVA, a résumé comme suit le dossier de l'OAI dans son appréciation du 23 février 2009. Le Dr TA\_\_\_\_\_ de la consultation du sommeil avait fait réaliser un enregistrement sur une période de 36 heures le 27 juin 2007, qui révélait une hypersomnie avec temps de sommeil total durant plus de 85 % du temps enregistré et plus de 75 % de la période de 36 heures. L'assurée décrivait cela subjectivement comme une perte de contact. L'assurée avait des difficultés à s'endormir et son sommeil présentait une structure anormale avec absence de sommeil à ondes delta et des épisodes d'apnée et d'hypopnée du sommeil. Elle avait des bouffées de mouvements périodiques des jambes avec un index pathologique. L'hypersomnie était certainement consécutive à plusieurs facteurs, tels que douleurs, syndrome de mouvements périodiques des membres pendant le sommeil et apnée du sommeil très discrète. La médication jouait également un rôle. Un stimulant de l'éveil pourrait être introduit. Le Dr EB\_\_\_\_\_ avait été mandaté pour une expertise réalisée le 5 novembre 2008. Il avait posé le diagnostic d'hypersomnie, d'absence de syndrome d'apnée du sommeil, d'absence de syndrome de mouvements périodiques des membres inférieurs pendant le sommeil. L'origine de l'hypersomnie s'expliquait donc par la polymédication antalgique consécutive au syndrome douloureux chronique. En effet, l'enregistrement du Dr TA\_\_\_\_\_ avait été effectué alors que l'assurée prenait de la

morphine, de la Fluctine, du Sirdalud et du Rivotril. L'amélioration du sommeil et de la vigilance n'était théoriquement possible qu'à la suite d'une réduction significative de ces traitements. L'hypersomnie secondaire et l'irrégularité du cycle veille-sommeil impliquaient une limitation réelle et importante de la capacité de travail de l'assurée. La réduction des médicaments devrait être accompagnée d'une chronothérapie, possible avec l'aide d'un neurologue spécialisé. L'assurée s'était déclarée favorable à une telle mesure, qui rendrait possible une certaine activité professionnelle. Le Dr EC \_\_\_\_\_ avait proposé une chronothérapie le 29 octobre 2008 en soulignant que le traitement devait tenir compte de facteurs de personnalité. [endif]>[if] 97. Par courrier du 10 septembre 2010, la SUVA a indiqué au mandataire de l'assurée que cette dernière n'avait pas donné suite aux convocations du Dr ED \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, à qui une expertise avait été confiée. Ce médecin ayant renoncé à ce mandat, l'expertise était confiée au CENTRE D'EXPERTISE MÉDICALE (CEMed) de Nyon. [endif]>[if] 98. L'assurée a répondu par courrier du 2 novembre 2010 que le CEMed n'était pas neutre, notamment au motif que la SUVA assurait une part importante de son chiffre d'affaires. Elle a dès lors requis de celle-ci qu'elle lui indique combien de mandats d'expertise avaient été confiés à ce centre depuis le début de l'année 2010. Elle a souligné qu'elle était au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1<sup>er</sup> avril 2010. [endif]>[if] 99. Par courrier du 3 novembre 2011, la SUVA a indiqué qu'aucune statistique n'était tenue sur le nombre de mandats confiés à des experts. Elle ne pouvait dès lors accéder à la demande de l'assurée et maintenait l'expertise au CEMed, qui serait réalisée par les Drs EF \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, et S \_\_\_\_\_. [endif]>[if] 100. Dite expertise a eu lieu le 10 novembre 2010. Dans leur rapport du 18 février 2011, les médecins ont analysé le dossier médical de l'assurée et relaté son anamnèse. Ses plaintes actuelles étaient des douleurs cervico-occipitales se compliquant plusieurs jours par semaine de céphalées diffuses de type casque mais parfois pulsatiles, de temps en temps accompagnées de nausées. Les douleurs dorsales et lombaires et l'endormissement occasionnel nocturne du membre supérieur droit perduraient également, à l'instar des sensations vertigineuses occasionnelles de type de manque d'équilibre. Les vertiges rotatoires et les drop attacks avaient en revanche disparu. L'assurée signalait également des absences lors desquelles elle ressentait une lourdeur céphalique. Elle se réveillait quelques heures voire quelques jours après et répondait alors de travers. Elle rencontrait également des troubles de la mémoire. Elle s'estimait dans l'incapacité totale de reprendre une activité professionnelle. Au plan psychique, l'assurée déclarait qu'elle avait dû faire le deuil notamment de la maternité en raison du traitement de morphine. Elle avait des problèmes à la lecture, mais signalait une meilleure élocution depuis l'arrêt de la morphine. Elle avait parfois l'impression d'être déconnectée. Elle oubliait certains événements, avait des ruminations en lien avec ses problèmes asséurologiques et ses céphalées persistantes. Elle était devenue méfiante dans le contexte des problèmes asséurologiques et avait une importante tension interne. Les rendez-vous chez le médecin provoquaient des crises d'angoisse sans anxiété paroxystique ni cognition agoraphobe. Elle était devenue peu à peu introvertie. Elle présentait quelques éléments d'anxiété sociale et avait parfois des crises de pleurs lorsqu'elle se sentait victime d'injustices. Elle ne présentait ni anxiété généralisée, ni doute pathologique. Elle ressentait de la fatigue presque tous les jours, en tout cas trois à quatre fois par semaine. Elle était souvent triste mais pas particulièrement irritable. Interrogée sur sa capacité à avoir du plaisir, elle avait déclaré qu'elle avait dû interrompre la danse. Elle avait une tendance à une vision manichéenne, également dans sa vie sociale. Elle était convaincue de ne pouvoir être

enceinte en raison de son traitement pharmaceutique et n'avait globalement pas une bonne image d'elle-même. L'assurée éprouvait des sentiments de culpabilité mais pas d'idées noires ni d'idées suicidaires. Le sommeil n'était pas réparateur et elle souffrait également d'insomnies. Sa libido était réapparue à l'arrêt de la morphine et elle ressentait du plaisir lors de rapports sexuels. Elle disait s'isoler progressivement car elle ne voulait pas être vue avec ses douleurs. Elle assumait son ménage ainsi que les tâches administratives, mais avec lenteur et une tendance à les remettre au lendemain. L'expert psychiatre a également complété l'anamnèse familiale et socioprofessionnelle. Les experts ont tous deux procédé à un examen clinique. A l'issue du status, ils ont posé les diagnostics d'épisode dépressif léger sans syndrome somatique (F 32.00) et de somatisation (F 45.0). Dans leur appréciation, les experts ont relevé qu'au plan somatique, la mobilité de la nuque était légèrement limitée et la mobilisation légèrement sensible uniquement localement. Les muscles paracervicaux et les chefs supérieurs du trapèze n'étaient pas contracturés mais le chef gauche était un peu sensible. Le rachis dorsolombaire était sans particularité à l'examen, notamment sans limitation de la mobilité et sans douleur à la mobilisation. Les épreuves de marche étaient correctement exécutées sans instabilité ou déviation significative. L'examen des paires crâniennes était entièrement normal, de même que celui du tronc et des membres inférieurs et celui des membres supérieurs, à l'exception d'une manœuvre de Phalen discrètement positive des deux côtés. Tous les documents radiologiques n'étaient pas disponibles, mais les radiographies de la colonne cervicale de janvier 2007 montraient un status après spondylodèse C4-C6 avec un matériel en place et quelques troubles statiques. L'arthro-IRM de l'épaule droite de juin 2006 était normale. L'examen neurologique était sans anomalie significative, à l'instar des examens antérieurs. En particulier, la mobilité de la nuque et du rachis était excellente compte tenu des interventions subies. Du point de vue neurologique, il n'y avait pas d'atteinte significative susceptible d'expliquer les plaintes et d'entraîner une incapacité de travail. Aucun élément en faveur de troubles circulatoires cérébraux expliquant les drop attacks survenues dans le passé n'était présent. Le Dr S\_\_\_\_\_ était d'avis que les quelques troubles vestibulaires décrits ne pouvaient expliquer les plaintes. Une comitialité pouvait être écartée, s'agissant des phénomènes d'absence et de perte de contact. Des troubles neurologiques périphériques pouvaient également être écartés compte tenu des résultats des ENMG pratiqués par les Drs EA\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_. En conclusion, il n'y avait pas d'explication neurologique significative aux troubles décrits par l'assurée. S'agissant des douleurs cervico-céphaliques, dorsales et lombaires, on pouvait admettre la persistance de quelques douleurs cervicales voire céphaliques en relation avec les suites de l'accident de 1994. Néanmoins, chez l'assurée, qui avait dans un premier temps repris le travail à plein temps, il paraissait difficile d'expliquer l'importance des douleurs actuelles et leur répercussion sur la capacité de travail par les seules conséquences de cet accident. Il existait visiblement des facteurs de majoration des symptômes. Au plan neurologique, la capacité de travail était complète sans diminution de rendement dans les limitations définies par les orthopédistes, soit dans une activité essentiellement assise, sans engagement physique lourd ni port régulier de charges de plus de 15 kg et permettant des changements de position fréquents. Le Dr EF\_\_\_\_\_ a quant à lui retenu que l'assurée rapportait pour l'essentiel d'importantes douleurs, auxquelles s'ajoutaient quelques ruminations, une tension et une nervosité. Au plan psychosocial, elle était en contact avec sa sœur, vivait sur le même palier que sa mère, voyait quotidiennement son père et avait un compagnon. Elle ne présentait pas de trouble cognitif particulier à l'examen clinique. On constatait un certain rétrécissement

du champ de la pensée sur les problèmes asséurologiques et les douleurs. Il n'y avait pas de tendance à la digression et l'assurée donnait des renseignements informatifs. L'expert psychiatre n'observait pas de ralentissement psychique ni de fatigue marquée, ni de comportement algique, la colère prédominant. Il existait également une certaine tension psychique. Le monitoring thérapeutique avait permis de déceler des taux supra-thérapeutiques pour la fluoxétine et thérapeutique pour le paracétamol. Compte tenu de ces éléments, on pouvait conclure à un état dépressif majeur d'intensité légère sans syndrome somatique. L'assurée se sentait victime de préjudices de la part de certains médecins, ce qui alimentait une importante colère. Les plaintes somatiques ne se limitant pas uniquement aux douleurs, le Dr EF\_\_\_\_\_ retenait une somatisation (F 45.0) plutôt qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant, appréciation non partagée par le Dr FA\_\_\_\_\_. Ce trouble était accompagné d'un phénomène d'amplification. L'absence de comportement manifestement démonstratif permettait d'exclure une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. La structure de personnalité posait question. L'assurée avait tendance à analyser les événements de façon très catégorique, avec des raisonnements rigides. On notait un évitement progressif des relations sociales. Ces éléments ne permettaient toutefois pas de retenir un trouble de la personnalité en l'absence de méfiance manifeste. L'assurée réagissait cependant de manière mal adaptée, ce qui alimentait un fort sentiment de préjudice et de colère. Cela correspondait à une attitude projective, notamment lorsqu'elle affirmait ne pouvoir avoir d'enfants en raison du traitement par opiacés. Il existait une certaine fragilité narcissique. Il y avait des facteurs étrangers à l'accident sous forme de relation sentimentale difficile de 2004 à 2007 et d'un conflit avec le dernier neurochirurgien. Le Dr EF\_\_\_\_\_ considérait qu'il n'y avait pas d'indication formelle à un traitement. L'assurée disposait d'une capacité de travail complète sans diminution de rendement au plan psychique, et ce dans toute activité. L'assurée souhaitait la reconnaissance d'une faute médicale, ce qui ne relevait pas de son appréciation.

101. Lors d'un entretien téléphonique du 11 janvier 2011 avec la SUVA, l'assurée s'est plainte des médecins experts au motif qu'ils lui avaient demandé si elle avait des orgasmes. Elle avait menti car cela ne les regardait pas et elle ne voyait pas le lien avec son accident.

102. L'assurée a recontacté la SUVA lors d'un entretien téléphonique du 12 janvier 2011, en réaffirmant que le Dr EF\_\_\_\_\_ était allé trop loin dans ses questions. Elle a précisé qu'elle avait porté plainte contre le Dr B\_\_\_\_\_, qui avait réalisé une opération qu'elle n'avait pas autorisée en 1999 car il avait changé la technique opératoire.

103. Par courrier du 25 novembre 2011, le mandataire de l'assurée a affirmé "qu'il y a tout lieu de désespérer d'une décision objective de la part de la SUVA dans ce dossier" et l'a invitée à rendre une décision sur opposition. Il a transmis les remarques de celle-ci sur le rapport d'expertise. Dans un document de 26 pages daté du 26 avril 2011, l'assurée est longuement revenue sur divers points de l'expertise qu'elle a commentés, réfutés ou précisés en rappelant certains points de son anamnèse. Elle a notamment relevé qu'elle n'avait aucun conflit avec le "dernier neurochirurgien", soit le Dr I\_\_\_\_\_. En revanche, elle a soutenu que le Dr F\_\_\_\_\_ "s'était acharné" à la décourager de porter plainte contre le Dr B\_\_\_\_\_. Elle s'est prononcée sur plusieurs constats des experts, auxquels elle a opposé sa propre appréciation de ses douleurs en soulignant qu'elle savait qui rémunérait les experts mandatés. Le conseil de l'assurée a également joint une attestation du Dr I\_\_\_\_\_, certifiant ne pas avoir rencontré de conflit avec l'assurée et indiquant qu'il revoyait régulièrement l'assurée pour la gestion d'une situation douloureuse complexe en partie consécutives aux différentes chirurgies ayant conduit à un

enraidissement fusionnel de trois vertèbres cervicales. Était également produit le rapport daté du 5 janvier 2011 de la Dresse EG \_\_\_\_\_ du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG, diagnostiquant des cervicobrachialgies droites, des céphalées, des lombalgies chroniques non déficitaires, des épisodes récurrents d'hypersomnie prolongée, un status port ablation de lésion polypoïde de la corde vocale droite en 2010, un status après quatre interventions chirurgicales cervicales et un status après traumatisme cervical en 1994. La Dresse EG \_\_\_\_\_ a souligné que les cervicobrachialgies étaient apparues à la suite de son accident et s'étaient depuis la dernière consultation de 2003 progressivement associées à des douleurs dans les deux épaules, le membre supérieur droit et la région lombaire. Les céphalées étaient réapparues depuis l'arrêt de la morphine en avril 2010. Elle décrivait également des sensations de paresthésies, d'engourdissement et de lourdeur dans le membre supérieur droit. Les douleurs limitaient fortement les activités physiques et le score de 38 % au questionnaire d'Oswestry était compatible avec un handicap modéré. Les douleurs associées à l'hypersomnie obligeaient l'assurée à rester allongée parfois à peine consciente environ trois jours par semaine. Le score à l'échelle de dépression de Beck était de 24, ce qui était compatible avec un état dépressif modéré. A l'examen clinique, il n'y avait pas de limitation à la mobilisation lors de l'habillage et du déshabillage. L'assurée avait des douleurs à la palpation du rachis, de la musculature paracervicale et lombaire droite surtout et du trapèze des deux côtés. La distance menton-sternum était de 0, il n'y avait pas de limitation à la mobilisation active des membres supérieurs et inférieurs, pas de douleurs au redressement. L'assurée signalait des douleurs à l'extension du rachis lombaire ainsi qu'à la fin des inclinaisons droites et gauches. Les réflexes du biceps brachial n'étaient pas obtenus à gauche et très faibles à droite. A l'issue de l'examen, la Dresse EG \_\_\_\_\_ a relevé le bon status musculaire et la souplesse de l'assurée, que des exercices légers permettraient de maintenir, et a discuté de plusieurs options médicamenteuses. [endif]>[if> 104. La SUVA a écarté l'opposition par décision du 9 janvier 2012. Après avoir rappelé les principes régissant l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents et qui permettent de reconnaître valeur probante aux rapports médicaux, elle a souligné que tous les troubles de l'assurée avaient en l'espèce fait l'objet d'examen médicaux et d'une expertise psychiatrique. Le Dr LA \_\_\_\_\_ avait ainsi conclu à une pleine capacité de travail dans une activité professionnelle légère. Le Dr EH \_\_\_\_\_ était également d'avis qu'une activité professionnelle adaptée aux limitations était possible à plein temps. Le Dr KA \_\_\_\_\_ avait écarté des troubles neurologiques, de même que l'expert du CEMed. La décision attaquée niait l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles de l'assurée et son accident, ce qui était conforme à la jurisprudence en raison du caractère banal de l'accident. De plus, le dossier ne permettait pas d'établir à satisfaction de droit que les douleurs de la colonne cervicale étaient apparues dans les trois jours après l'accident assuré, ce qui commandait d'écarter l'hypothèse d'un traumatisme de type coup du lapin. Les critères dégagés par la jurisprudence et permettant d'admettre un lien de causalité adéquate entre les troubles de l'assurée et l'accident n'étaient quoi qu'il en soit pas réunis en l'espèce. En l'espèce, les médecins ne mettaient pas en doute les douleurs alléguées mais ne trouvaient pas d'explications médicales objectivables sur leur ampleur. En l'espèce, l'expertise du CEMed et les rapports des Drs EI \_\_\_\_\_ et LA \_\_\_\_\_ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il ne suffisait par ailleurs pas d'invoquer la partialité de la SUVA, comme le faisait l'assurée, mais il appartenait à celle-ci de démontrer en quoi les rapports médicaux n'étaient pas pertinents. Les imprécisions relevées dans le rapport d'expertise ne

suffisaient pas à remettre en cause ses conclusions. Le rapport de la Dresse EG \_\_\_\_\_ ne permettait pas non plus de les mettre en doute. Quant au Dr I \_\_\_\_\_, il avait relativisé l'importance des troubles organiques dont la SUVA avait à répondre en soulignant que leur importance était "en partie consécutive" aux interventions chirurgicales.

!endif]>![if> 105.Par écriture du 9 février 2012, l'assurée a interjeté recours contre la décision de la SUVA. Elle conclut sous suite de dépens préalablement à l'apport du dossier de l'OAI et de la SUVA et à l'audition du Dr I \_\_\_\_\_ et au fond à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée afin de déterminer le début du droit à la rente pour l'invalidité totale en raison de l'accident du 29 juillet 1994. Citant plusieurs rapports médicaux, la recourante affirme que les conclusions des experts sont contestées et établies en totale partialité. Le rapport d'expertise est au demeurant truffé d'imprécisions et de contrevérités, qui ont fait l'objet de son courrier du 26 avril 2011. Les experts n'ont ainsi pas tenu compte de sa situation réelle. Comme cela ressort du rapport de la Professeure EJ \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin aux HUG, des troubles de la vigilance récurrents et prolongés ainsi que des céphalées chroniques probablement symptomatiques d'anciennes interventions au niveau cervical ont été constatés. Les experts n'ont pas non plus pris en considération le fait que les réflexes du biceps brachial n'étaient pas obtenus à gauche et étaient très faibles à droite, comme la Dresse EG \_\_\_\_\_ l'a relevé. Le Dr I \_\_\_\_\_ avait également attesté de la situation douloureuse complexe et en partie consécutive aux interventions chirurgicales. Compte tenu de ces éléments ignorés par les experts, nier le lien de causalité entre l'accident et une incapacité de travail admise par l'OAI n'était pas acceptable. La recourante allait se prononcer sur la mise en œuvre d'une nouvelle expertise après avoir pris connaissance de l'ensemble des dossiers produits. Elle joint notamment le rapport du 5 mai de la Professeure EJ \_\_\_\_\_, dans lequel celle-ci pose les diagnostics d'épisodes d'hypersomnie prolongée d'origine pas claire, de céphalées chroniques à prédominance occipitale pharmaco-persistantes, de status après plusieurs interventions au niveau cervical, de status post traumatisme cervical en 1994 et d'antécédents d'épisodes dépressifs. Ce médecin avait déjà reçu l'assurée pour un entretien de synthèse après son hospitalisation en 2005. Sa situation n'avait guère évolué depuis. Elle décrivait toujours des épisodes d'hypersomnie survenant depuis 1999. L'entretien s'était déroulé sans difficultés de vigilance. L'assurée évoquait également des céphalées chroniques. La neurologue a conclu à des troubles de la vigilance récurrents et très prolongés ainsi qu'à des céphalées chroniques, probablement symptomatiques d'anciennes interventions au niveau cervical. Les épisodes d'hypersomnie n'ayant pas lieu lorsque la recourante était engagée dans une activité, une origine psychique ne pouvait être complètement écartée. !endif]>![if> 106.Dans sa réponse du 4 mai 2012, l'intimée conclut à l'irrecevabilité du recours. Elle relève que la recourante se contente pour toute argumentation de réclamer l'apport du dossier de l'OAI et que la motivation ne satisfait ainsi pas aux exigences légales. Les moyens de la recourante sont purement dilatoires; celle-ci n'expose pas en quoi les conclusions des médecins du CEMed seraient erronées. L'intimée requiert la possibilité de se prononcer sur l'ensemble des arguments de la recourante au cas où le recours serait déclaré recevable. Elle joint le dossier complet qu'elle a établi concernant la recourante. !endif]>![if> 107.Par pli du 8 mai 2012, la Cour de céans a informé la recourante de son droit de consulter le dossier et l'a invitée à lui faire parvenir sa réplique. !endif]>![if> 108.Par réplique du 30 mai 2012, la recourante persiste dans ses conclusions et requiert de surcroît l'audition de la Dresse EG \_\_\_\_\_. Elle reproche à l'intimée de ne pas avoir mentionné l'octroi de la rente d'invalidité totale dont elle bénéficie

depuis le 1<sup>er</sup> mai 2004, soit une année après le délai d'attente d'une année depuis la rechute de l'incapacité de travail dès le 30 avril 2003. Elle souligne que la Dresse EG\_\_\_\_\_ n'a par ailleurs constaté aucun trouble psychique, que l'intimée n'invoque que pour nier le lien de causalité. La recourante ajoute que les experts mandatés n'ont d'ailleurs pas donné d'explications à ses problèmes physiques. La question n'est pas de déterminer si la chute dont elle a été victime est de nature à engendrer une invalidité totale selon le cours ordinaire des choses. Elle entend établir le lien de causalité entre son incapacité de travail totale admise par l'OAI et l'accident dont elle a été victime. Ce sont bien les interventions subies qui sont à l'origine de cette invalidité, et il conviendra d'entendre le Dr I\_\_\_\_\_ à cet égard. La recourante joint à son écriture un prononcé du 18 février 2010 de l'OAI admettant une invalidité totale dès le 1<sup>er</sup> mai 2004 en raison d'une maladie de longue durée.

109. Dans sa duplique du 3 juillet 2012, l'intimée réaffirme que la motivation de la recourante est insuffisante par rapport à la complexité de la cause à juger, ce qui entraîne l'irrecevabilité du recours. Cette dernière se contente en effet d'affirmer que les conclusions médicales reprises par l'intimée sont contradictoires, imprécises, et somme toute mensongères. Sur le fond, elle soutient que les rapports médicaux fouillés établissent clairement que les atteintes cervicales prises en charge et leurs séquelles objectivées n'empêchent pas la recourante de reprendre son activité professionnelle antérieure. On ne saurait reprocher à l'intimée de ne pas avoir instruit la cause de manière adéquate. La recourante ne s'est d'ailleurs pas opposée à l'expertise du CEMed et invoquer la partialité des experts ne suffit pas à l'établir. Les éventuelles imprécisions du rapport d'expertise ne sont pas des indices concrets allant à l'encontre de la fiabilité des faits médicaux déterminants. Le rapport de la Dresse EG\_\_\_\_\_ ne suffit pas non plus à mettre en doute les conclusions des experts. S'agissant de la décision de l'OAI, qui semble se fonder sur une maladie de longue durée, l'intimée rappelle que l'assureur ne peut se contenter de reprendre simplement et sans plus ample examen le taux d'invalidité fixé par un autre assureur. La recourante ne peut donc inférer un quelconque droit de la décision de l'OAI.

110. Par ordonnance du 29 août 2012, la Cour de céans a ordonné l'apport du dossier de l'assurance-invalidité. 111. L'OAI s'est exécuté le 4 septembre 2012. Les éléments suivants ressortent notamment du dossier : Le Dr TA\_\_\_\_\_ de la Consultation du sommeil des HUG a fait réaliser un enregistrement sur une période de 36 heures le 27 juin 2007, qui révélait une hypersomnie avec temps de sommeil total durant plus de 85 % du temps enregistré et plus de 75 % de la période de 36 heures. L'assurée décrivait cela subjectivement comme une perte de contact. L'assurée avait des difficultés à s'endormir et son sommeil présentait une structure anormale avec absence de sommeil à ondes delta, des épisodes d'apnée et d'hypopnée du sommeil. Elle avait des bouffées de mouvements périodiques des jambes avec un index pathologique.

L'hypersomnie était certainement consécutive à plusieurs facteurs, tels que douleurs, syndrome de mouvements périodiques des membres pendant le sommeil et apnée du sommeil très discrète. La médication jouait également un rôle. Un stimulant de l'éveil pourrait être introduit ; Dans son rapport reçu le 16 mai 2008 par l'OAI, le Dr TA\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'hypersomnie, de mouvements périodiques des jambes pendant le sommeil et d'apnées du sommeil. La capacité de travail était nulle depuis le 17 avril 2008 en raison d'endormissements brusques ; Par décision du 19 mai 2008, l'OAI a confirmé la teneur de son projet du 23 novembre 2007 ; Dans son rapport du 1<sup>er</sup> septembre 2008, le Dr FA\_\_\_\_\_ a

confirmé que les troubles psychiques ne diminuaient pas la capacité de travail ;

!endif]>![if> · L'OAI a confié une expertise au Dr EB\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et pneumologie, qui a rendu un bref rapport le 5 novembre 2008 après avoir pris connaissance des courriers du Dr TA\_\_\_\_\_. Son rapport ne contient ni anamnèse ni résumé du dossier. L'expert a procédé à une actimétrie avant de retenir les diagnostics d'hypersomnie et d'irrégularité du cycle veille/sommeil avec allongement du temps total de sommeil. Il a en revanche exclu un syndrome d'apnées ou d'hypopnées du sommeil et un syndrome des mouvements périodiques des membres pendant le sommeil en se fondant sur les résultats de l'actimétrie. Ce médecin a souligné que l'hypersomnie était consécutive notamment à la polymédication antalgique consécutive au syndrome douloureux chronique. Une amélioration ne serait possible qu'en cas de réduction du traitement pharmaceutique. Le Dr EB\_\_\_\_\_ a conclu que l'hypersomnie secondaire et l'irrégularité du cycle sommeil/veille entraînaient une limitation réelle et importante de la capacité de travail de l'assurée ;!endif]>![if> · Dans son courrier du 21 avril 2009, le Dr EK\_\_\_\_\_ du Laboratoire du sommeil des HUG a indiqué qu'il avait préconisé le développement d'un horaire de sommeil strict et régulier de façon à synchroniser au maximum le cycle veille-sommeil. Cette réorganisation devait permettre d'atténuer l'hypersomnie diurne et le nombre d'heures passées à faire des siestes. Le Rivotril pourrait être supprimé car il pouvait favoriser l'hypersomnie et l'assurée ne se plaignait pas excessivement de mouvements de jambes la nuit ;!endif]>![if> · Dans son avis du 4 janvier 2009, le Dr IB\_\_\_\_\_, médecin au SMR, a considéré que l'hypersomnie était secondaire au traitement médicamenteux qui ne pouvait être supprimé. Dès lors, l'incapacité de travail était de 50 % dans toute activité dès le 1 er mai 2003 et de 100 % dès le 1 er août 2003. !endif]>![if> · Par décision du 20 avril 2012, l'OAI a octroyé une rente entière à l'assuré dès le 1 er avril 2005. !endif]>![if> 112. Dans ses observations du 1 er octobre 2012, la recourante se réfère à plusieurs rapports médicaux dont elle affirme qu'ils démontrent le lien de causalité entre son accident et les troubles dont elle souffre. Elle rappelle n'avoir jamais eu d'atteinte à la santé avant son accident et qu'il est dès lors déplacé de l'intimée de contester que son incapacité de travail est en rapport avec son accident. !endif]>![if> 113. Par écriture du même jour, l'intimée s'est également déterminée en persistant dans ses conclusions. Elle allègue que le Dr TA\_\_\_\_\_ a conclu à une origine plurifactorielle de l'insomnie. La Dresse GA\_\_\_\_\_ n'a quant à elle retenu que le status après traumatisme cervical n'était qu'un des facteurs d'incapacité de travail. L'intimée a procédé à tous les examens médicaux possibles et ceux-ci n'ont pas permis de démontrer au degré de la vraisemblance prépondérante un lien entre l'accident et la pathologie dont la recourante souffre. L'intimée rappelle que l'assureur-accidents n'est pas lié par les décisions de l'assurance-invalidité, qui doit tenir compte de la globalité des atteintes et non de celles qui ont une origine traumatique seulement. !endif]>![if> 114. Le 3 octobre 2012, la Cour de céans a transmis copies de ces écritures aux parties et les a informées que la cause était gardée à juger. !endif]>![if> EN DROIT 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1 er janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20). !endif]>![if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAA, les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre

2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté. Cette disposition découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales. C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours (ATF non publié 8C\_828/2009 du 8 septembre 2010, consid. 6.2). S'agissant de la motivation, celle-ci doit permettre au destinataire du recours de comprendre en quoi l'état de fait retenu ou les conséquences juridiques qui y sont attachées sont erronés (Ueli KIESER, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 47 ad art. 61). Si en l'espèce, la motivation est succincte, les griefs de la recourante sont néanmoins clairs, de sorte que la motivation correspond aux exigences légales. Partant, le recours est recevable.

4. L'objet du recours porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2008, plus particulièrement sur le droit à une rente de la recourante.

5. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel en vertu de l'art. 6 al. 1 LAA. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique ou mentale (art. 4 LPGA). La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1) et adéquate avec l'événement assuré (ATF non publié 8C\_268/2008 du 16 février 2009, consid. 2.3). L'assurance-accidents alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 6 al. 3 LAA). L'assurance-accidents supporte ainsi les conséquences d'une lésion survenue lors du traitement en question, indépendamment du point de savoir si cette lésion constitue elle-même un accident (ATF non publié 8C\_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 2.2).

La condition du lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte 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 les assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATFA non publié U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.1).

6. Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). En vertu de l'art. 17 al. 1 LAA, l'indemnité journalière correspond, en cas d'incapacité totale de travail (art. 6 LPGA), à 80 % du gain assuré. Si l'incapacité de travail n'est que partielle, l'indemnité journalière est réduite en conséquence.

Si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). L'art. 8 LPGA précise qu'est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA). L'invalidité est une notion économique et non médicale, où sont prises en compte les répercussions de l'atteinte à la santé sur la capacité de gain (ATFA non publié I 15/06 du 21 décembre 2006, consid. 2.2). La notion d'invalidité définie à l'art. 8 LPGA, est en principe identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité (ATF 126 V 288 consid. 2d ; ATFA non publié I 853/05 du 28 décembre 2006, consid. 4.1.1). L'assureur-accidents n'est cependant pas lié par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-invalidité, notamment lorsqu'elle a été faite de manière contraire à la loi ou qu'elle tient compte d'éléments invalidants dont l'assurance-accidents n'a pas à répondre (ATFA non publié U 119/00 du 6 octobre 2000, consid. 4). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. La loi ne précise pas ce qu'il faut entendre par "une sensible amélioration de l'état de l'assuré". Eu égard au fait que l'assurance-accident est avant tout destinée aux personnes exerçant une activité lucrative (cf. art. 1a et 4 LAA), ce critère se déterminera notamment en fonction de la diminution ou disparition escomptée de l'incapacité de travail liée à un accident. L'ajout du terme "sensible" par le législateur tend à spécifier qu'il doit s'agir d'une amélioration significative, un progrès négligeable étant insuffisant (ATF 134 V 109 consid. 4.3). Ainsi, ni la simple possibilité qu'un traitement médical donne des résultats positifs, ni l'avancée minimale que l'on peut attendre d'une mesure thérapeutique ne confèrent à un assuré le droit de recevoir de tels soins (ATFA non publié U 244/04 du 20 mai 2005, consid. 2).

7. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs

impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 118 V 286 consid. 1b). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié U 216/04 du 21 juillet 2005, consid. 5.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). Une expertise médicale établie sur la base d'un dossier peut avoir valeur probante pour autant que celui-ci contienne suffisamment d'appréciations médicales qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré (RAMA 2001 n° U 438 p. 346 consid. 3d). D'après une jurisprudence constante, en présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, si sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3 et les références). 8. En l'espèce, tant les expertises des Drs LA\_\_\_\_\_ et KA\_\_\_\_\_ que le rapport des Drs S\_\_\_\_\_ et EF\_\_\_\_\_ correspondent aux réquisits jurisprudentiels rappelés ci-dessus. Ces médecins se sont en effet fondés sur l'étude du dossier de la recourante, dont ils ont également relaté les plaintes de manière détaillée. Lesdits rapports et expertise contiennent une anamnèse fouillée et leurs conclusions, qui sont motivées de manière convaincante, se fondent sur des examens cliniques complets. Ces documents doivent dès lors se voir reconnaître une pleine valeur probante. La recourante, qui se contente d'accuser l'intimée et les médecins rémunérés par ses soins de partialité, ne donne aucun indice concret permettant d'établir

que ceux-ci n'étaient pas neutres dans leur appréciation. Si l'anamnèse établie par les experts du CEMed comprend certaines imprécisions, celles-ci portent sur des points accessoires qui ne relèvent pas de l'état de santé de la recourante – tels par exemple que l'identité du neurochirurgien avec lequel la recourante a rencontré un différend, l'adresse de sa mère ou le passé médical de son père – dont l'importance n'est pas telle qu'elle suffise à discréditer les conclusions médicales des Drs S\_\_\_\_\_ et EF\_\_\_\_\_. Les autres critiques formulées par la recourante sont avant tout des critiques sur les formulations et les constatations de ces médecins, qu'elle remet en cause sans démontrer au moyen d'autres documents médicaux qu'elles seraient erronées. Or, l'appréciation de la partialité ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; ATFA non publié I 832/04 du 3 février 2006, consid. 2.1.1). Cette condition n'est pas réalisée en l'espèce. Il apparaît bien plutôt que la recourante se montre méfiante envers le corps médical dans son ensemble, ce qui ressort d'ailleurs notamment des rapports des Drs RA\_\_\_\_\_ et EF\_\_\_\_\_ et de la demande d'expertise neutre en Espagne de la recourante. Dans ces conditions, les allégations de cette dernière sur la prétendue partialité des médecins qui l'ont examinée n'emportent pas la conviction. Il n'est d'ailleurs pas inutile de souligner que contrairement à ce qu'affirme la recourante, les conclusions des Drs KA\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ au plan neurologique sur l'absence de lien entre les atteintes et l'accident ou les interventions subséquentes ne sont pas en contradiction avec celles des autres spécialistes consultés dans ce domaine. En effet, en 1998, soit quatre ans après l'accident, le Dr H\_\_\_\_\_ a qualifié l'examen neurologique de normal. Tel est également le cas du status établi par la Dresse J\_\_\_\_\_ une année plus tard, à l'exception d'une discrète instabilité au test du funambule. L'électromyographe des membres supérieurs du 27 octobre 1999 pratiqué par le Dr H\_\_\_\_\_ était également dans la norme, à l'instar de l'IRM cérébrale réalisée le lendemain. Le Dr S\_\_\_\_\_, consulté une première fois par la recourante en février 2001, n'a pas non plus trouvé d'explication neurologique à l'importance des symptômes relatés par la recourante, son examen étant largement dans la norme. L'examen du Dr EA\_\_\_\_\_ du 2 février 2004 ne montrait pas non plus d'atteinte neurologique. Ce spécialiste a suggéré une possible irritation du nerf cubital pour expliquer les paresthésies du membre supérieur et l'électroneuromyographe auquel il a procédé le 3 mai 2004 a certes mis en évidence une discrète neuropathie myélinique du nerf cubital en regard de la gouttière épitrochléenne, laquelle n'est cependant pas d'origine traumatique. Le Dr KA\_\_\_\_\_ a du reste diagnostiqué une suspicion de syndrome du sillon ulnaire, en précisant qu'elle était sans lien avec l'accident. La batterie de tests réalisés par les neurologues des HUG, où la recourante a séjourné du 2 au 12 mai 2005, n'a pas non plus permis de trouver une origine organique à ses troubles. Le Dr V\_\_\_\_\_ a certes émis l'avis que les troubles de la recourante étaient pour l'essentiel imputables à ses troubles du rachis cervical dans son rapport du 22 janvier 2003. Cet avis, isolé, n'est cependant guère motivé, et la spondylodèse C4-C7 qu'il a préconisée afin d'y remédier a cependant été réalisée avec succès dans l'intervalle. Quant au rapport de la Dresse EJ\_\_\_\_\_, il ne se prononce pas avec certitude sur les troubles de la vigilance et les maux de tête de la recourante. Si cette spécialiste les qualifie de « probablement symptomatiques » des interventions passées sur la colonne cervicale, elle n'exclut pas non plus une origine psychique de ces troubles de sorte que le lien de causalité naturelle ne peut être considéré comme établi au vu de ce seul rapport. On notera de plus que la Dresse EJ\_\_\_\_\_ n'évoque aucun diagnostic neurologique permettant

d'étayer son hypothèse. Enfin, les différents rapports neurologiques ne se prononcent pas sur la capacité de travail de la recourante au-delà du 31 janvier 2008. Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de se rallier aux conclusions des Drs KA\_\_\_\_\_ et S\_\_\_\_\_ sur la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée telle que celle qu'elle exerçait jusqu'en 2003. En ce qui concerne les vertiges et drop attacks de la recourante, la Dresse K\_\_\_\_\_ a dans un premier temps évoqué une possible maladie de Menière en 1999, soit lorsque ces symptômes sont apparus, sans évoquer d'origine traumatique. Le Dr A\_\_\_\_\_ a quant à lui relevé que l'évolution n'était pas très spécifique d'un traumatisme dans son rapport du 31 mai 2000. En 2004, la Dresse K\_\_\_\_\_ a constaté une importante dégradation de la fonction vestibulaire périphérique par rapport au bilan de 1999. Ces troubles s'étaient cependant très nettement amendés lors du nouveau bilan de décembre 2005. Dans son rapport de 2006, la Dresse K\_\_\_\_\_ n'a par ailleurs pas pu attribuer de manière certaine la symptomatologie vertigineuse à l'accident. La Cour de céans relève que les remarques de ce médecin quant au caractère tardif des investigations de ces atteintes ne manque pas de surprendre, dès lors qu'elle a elle-même été consultée en 1999, soit l'année lors de laquelle la recourante semble s'être plainte pour la première fois de tels troubles. Quoi qu'il en soit, les limitations fonctionnelles retenues par le Dr EH\_\_\_\_\_ tiennent compte des sensations de vertige rapportées par la recourante, dont on notera au demeurant qu'elles avaient en grande partie disparu lors de l'expertise du 10 novembre 2010, en tout cas s'agissant des vertiges rotatoires et des drop attacks. Partant, on ne peut admettre une quelconque incapacité de travail en raison de cette atteinte - même s'il fallait admettre un lien de causalité avec l'accident, ce qui n'est pas établi. La recourante se plaint également de douleurs chroniques, notamment sous forme de céphalées et de cervicalgies. Le Dr B\_\_\_\_\_ avait émis le pronostic en 1997 que des cervicalgies résiduelles pourraient persister après l'intervention. Selon le Dr B\_\_\_\_\_, l'évolution sur le plan des douleurs était cependant favorable une année plus tard, ce que le Dr I\_\_\_\_\_ confirmait en 1999. Les cervicalgies se sont par la suite intensifiées et ont d'ailleurs donné lieu au versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. Des céphalées se sont ensuite greffées sur ces douleurs, ainsi que des douleurs paravertébrales généralisées apparues courant 2002 selon les médecins du Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG. Il sied de noter que si les interventions subies expliquent une partie des douleurs de la recourante, elles n'en sont pas la cause unique. Le Dr S\_\_\_\_\_ relevait ainsi dans son rapport du 7 février 2001 que l'importance des douleurs ne pouvait être expliquée par le status cervical. Les Drs Z\_\_\_\_\_, AB\_\_\_\_\_, BA\_\_\_\_\_ et CA\_\_\_\_\_ ont également conclu à une origine multifactorielle des douleurs en 2003, comme la Dresse GA\_\_\_\_\_ en 2004. Quant au Dr EA\_\_\_\_\_, il a également relevé que les céphalées n'étaient pas imputables à la seule problématique cervicale mais également à des vraies migraines sans aura en février 2004, qui ne sont pas d'origine traumatique. Le Dr I\_\_\_\_\_ notait dans son rapport du 24 novembre 2005 que la recourante allait relativement bien au plan cervical. Ce spécialiste évoquait dans son attestation du 15 avril 2011 des douleurs seulement en partie consécutives à l'accident. Les avis des médecins concordent ainsi avec l'appréciation de l'expert neurologue du CEMed, qui a considéré que les suites de l'accident n'entraînent pas à elles seules des troubles de l'intensité de ceux rapportés par la recourante. Cette conclusion paraît d'autant plus convaincante que la mobilité cervicale de la recourante est satisfaisante, compte tenu des interventions subies. Ce point a été constaté tant par le Dr S\_\_\_\_\_ que par la Dresse EG\_\_\_\_\_, qui notait la souplesse de la recourante dans son rapport

du 15 janvier 2011. Partant, on ne peut considérer que les douleurs sont telles qu'elles restreignent la capacité de travail dans l'activité antérieure de la recourante, adaptée à ses limitations fonctionnelles. Par ailleurs, il faut souligner que cette dernière a été capable de reprendre une activité professionnelle après son accident et que ce n'est que bien plus tard que ses douleurs se sont intensifiées et que leur territoire s'est étendu. Or, comme cela ressort des rapports médicaux, ce phénomène ne peut s'expliquer par les seules interventions chirurgicales subies, ce d'autant moins que la recourante considère elle-même que la dernière intervention du Dr I\_\_\_\_\_ a été un succès. Les céphalées ont été signalées pour la première fois dans le rapport du 13 novembre 1998 du Dr H\_\_\_\_\_, les douleurs dorsales ont été rapportées par le Dr F\_\_\_\_\_ en 1998, les scapulalgies en 1999 par la Dresse K\_\_\_\_\_, les douleurs généralisées paravertébrales sont apparues quelques mois avant la consultation au Centre multidisciplinaire d'évaluation et de traitement de la douleur des HUG de 2003 et les douleurs au bras sont mentionnées pour la première fois lors de l'examen du Dr LA\_\_\_\_\_ en 2006. Ainsi, un laps de temps important s'est écoulé entre l'accident et l'apparition de nombreux troubles de la recourante. Or, 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 événement (raisonnement " post hoc, ergo propter hoc "; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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 (ATF non publié 8C\_551/2007 du 8 août 2008, consid. 2.2). La recourante ne peut ainsi être suivie lorsqu'elle soutient l'existence d'un lien de causalité entre son accident et ses atteintes du seul fait qu'elle n'avait pas de problèmes de santé avant son accident. En effet, les examens cliniques ne permettent pas d'imputer ces douleurs de manière au moins probable à l'accident de 1994 ou à ses suites. Tel est également le cas de l'hypersomnie, survenue en 1999 seulement, dont l'origine n'a pas clairement pu être établie et qui pourrait être psychogène selon la Dresse EJ\_\_\_\_\_. En ce qui concerne cette dernière atteinte, on notera que l'expertise du Dr EB\_\_\_\_\_ ne permet pas de parvenir à une autre conclusion. En effet, le rapport de ce médecin ne peut se voir reconnaître de valeur probante au regard des exigences posées sur la jurisprudence. Celui-ci a en effet émis ses conclusions sans prendre connaissance du dossier et n'a pas établi d'anamnèse. Il ne motive d'ailleurs guère les diagnostics retenus. Il ne se prononce pas non plus sur la possibilité de diminuer les crises d'hypersomnie par une réorganisation des cycles du sommeil, comme l'a préconisé le Dr EK\_\_\_\_\_. Par ailleurs, s'il considère que le traitement antalgique est une des explications de l'hypersomnie, il n'impute pas cette atteinte uniquement à la médication. A cet égard, il sied de souligner que l'origine médicamenteuse de l'hypersomnie paraît peu probable. La recourante avait en effet arrêté la morphine au moment de l'expertise du CEMed, comme l'a d'ailleurs confirmé la Dresse EG\_\_\_\_\_ dans son rapport du 5 janvier 2011, sans pour autant que les épisodes d'hypersomnie ne disparaissent. On ne peut ainsi considérer que cette atteinte serait en lien de causalité avec le traitement médicamenteux des suites de l'accident, dont l'intimée devrait répondre. Partant, à défaut d'un lien de causalité établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre les troubles de la recourante et l'événement accidentel de 1994 ou les interventions et traitements qu'il a entraînés, la recourante ne peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents pour les atteintes dont elle souffre. 9. La recourante ne peut non plus se prévaloir de l'octroi d'une rente complète par l'assurance-invalidité. En effet, selon la jurisprudence, l'évaluation de l'invalidité par l'assurance-invalidité n'avait pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131

V 362 consid. 2.2). En outre, selon le prononcé de l'OAI du 18 février 2010, dite rente a été accordée en raison d'une maladie de longue durée et non pour les suites d'un accident. Or, l'assurance-accidents ne répond que des atteintes invalidantes d'origine traumatique. De plus, l'avis du Dr SA \_\_\_\_\_ du 13 juin 2007, admettant une incapacité de travail de 40 % dès le 1<sup>er</sup> janvier 2006 dans toute activité en se référant aux conclusions de l'intimée, est manifestement erroné. En effet, le taux de 40 % retenu par l'intimée ne correspond pas à une incapacité de travail de la recourante dès cette date mais à l'atteinte à l'intégrité corporelle. Par ailleurs, il ressort du dossier de l'OAI que la rente a été accordée avant tout en raison de l'hypersomnie et en se fondant sur l'expertise du Dr EB \_\_\_\_\_, laquelle ne saurait se voir reconnaître valeur probante. Or, comme on l'a vu, l'hypersomnie ne peut être imputée au degré de la vraisemblance prépondérante à l'atteinte accidentelle que la recourante a subie ou à ses suites. Eu égard à ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimée a mis un terme aux prestations après le 31 janvier 2008. En effet, l'état de santé de la recourante pouvait également être considéré comme stabilisé à cette période, dès lors qu'il n'y avait plus lieu d'escompter des améliorations significatives par l'instauration de nouveaux traitements. Elle disposait à cette date selon les conclusions des experts d'une pleine capacité de travail dans son activité antérieure de secrétaire-réceptionniste, laquelle est adaptée à ses limitations fonctionnelles. 10. La recourante demande l'audition des Drs I \_\_\_\_\_ et EG \_\_\_\_\_. Si la garantie constitutionnelle du droit d'être entendu confère notamment à un justiciable le droit de faire administrer des preuves essentielles (ATF 127 V 431 consid. 3a), ce droit n'empêche cependant pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de former sa conviction, et que procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier sa décision (KIESER, op. cit. ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, 2<sup>ème</sup> éd., Zurich 2009, n. 72 ad art. 61 ; ATF 130 II 425 consid. 2.1; ATF 124 V 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d). Or, comme on l'a vu, ces médecins ne font état d'aucun diagnostic ou élément que les experts auraient ignorés dans leurs rapports ou permettant de remettre en cause les conclusions de ces derniers. Partant, leur audition n'est pas nécessaire pour statuer dans la présente cause.![endif]>![if> 11. Mal fondé, le recours sera rejeté.![endif]>![if> La recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. g LPGA). PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. ![endif]>![if> Au fond : 2. Le rejette. ![endif]>![if> 3. Dit que la procédure est gratuite.![endif]>![if> 4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.![endif]>![if> La greffière Brigitte BABEL La présidente Florence KRAUSKOPF 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.