



POUVOIR JUDICIAIRE

A/1375/2004

ATAS/193/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 22 février 2006

En la cause

Madame R _____, représentée par Me Gérard MONTAVON
en l'Etude duquel elle élit domicile

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES GENERALES, rue de la Fontaine 1,
1204 GENEVE

intimée

**Siégeant : Mme Juliana BALDE, Présidente
Mmes Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges**

EN FAIT

1. Madame R _____, ressortissante portugaise, est née en juin 1965. Elle a acquis une formation de couturière et de coiffeuse. Arrivée en Suisse en 1988, elle a d'abord travaillé dans la restauration.
2. Dès le 24 janvier 1999, elle a été engagée à plein temps en qualité d'employée de maison par Madame P _____ à Genève.

A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de la GENERALI Assurances (ci-après la GENERALI).
3. En date du 7 novembre 2002, elle a été victime d'un accident de la circulation, soit d'une collision (choc latéral lors d'un changement de voie à une vitesse d'environ 40-50 km/h) au cours de laquelle son véhicule a été percuté à l'avant droit et projeté de l'autre côté de la chaussée à une vingtaine de mètres.
4. L'assurée, souffrant d'une plaie au front pour avoir heurté le volant ainsi que de douleurs au bassin, a été transportée en ambulance au DUMC (division d'urgence des HUG). Le médecin assistant qui l'a examinée a diagnostiqué une plaie du crâne et de la face ainsi que des dorsalgies dans la région cervico-dorsale.
5. Il ressort de l'avis de sortie des HUG du 8 novembre 2002 que la patiente était connue pour une fibromyalgie.
6. L'assurée a été dans l'incapacité totale de travailler depuis la date de l'accident.
7. Dans le rapport initial LAA daté du 4 décembre 2002, le Docteur A _____, médecin-traitant, a constaté l'existence d'une plaie frontale suturée, de céphalées vasomotrices, de douleurs au niveau des cervicales et du dos ainsi qu'à la cheville du pied gauche. Il a diagnostiqué un polytraumatisme.
8. L'assurée a été hospitalisée à la Clinique JOLIMONT du 5 au 18 décembre 2002. Les médecins ont posé les diagnostics de fibromyalgie et état anxio-dépressif tous deux préexistants.
9. En date du 7 janvier 2003, l'assurée a consulté le Docteur B _____, neurologue FMH, qui a conclu à un "status après traumatisme cranio-cervical, syndrome cervical post-traumatique, syndrome subjectif post-traumatique avec céphalées, vertiges, troubles de l'équilibre, faiblesse généralisée, hémangiome de la vertèbre D5, état dépressif et douleurs d'allure fibromyalgique préexistantes mais aggravées par l'accident".

10. Ce diagnostic a été confirmé par le Docteur C _____, rhumatologue FMH, dans un rapport médical du 29 janvier 2003, ainsi que par le Docteur D _____, neuro-chirurgien FMH, dans un rapport médical du 10 février 2003.
11. Sur avis des médecins consultés par l'assurée ainsi que du médecin-conseil de la GENERALI, le Docteur E _____, une expertise pluridisciplinaire a été diligentée et effectuée au mois d'avril 2003.
12. Dans le rapport d'expertise du 26 mai 2003, les Docteurs F _____, chirurgien orthopédique FMH, et G _____, psychiatre-psychotérapeute FMH, ont posé les diagnostics de fibromyalgie probable, hémangiome de D5 très probable et épisode dépressif récurrent en rémission complète.

Lors de l'expertise, la patiente s'est plainte de fortes douleurs dorsales depuis D5, précisant que depuis un premier accident survenu en 1994 elle avait parfois des douleurs de la sacro-iliaque gauche par exemple en passant l'aspirateur. Elle a dit ne plus arriver à porter des objets, ne dormir que quelques heures, avoir de la peine à faire sa toilette et souffrir de maux de tête très importants n'arrivant pas à parler ou écouter longtemps (maximum 5 minutes) avant que sa tête ne gonfle. Elle s'est également plainte d'une baisse de la vision avec vision déformée comme conséquence de l'accident, quoique le rapport ophtalmologique ne parle que d'hypermétropie.

Les experts ont relevé qu'aux questions relatives aux activités quotidiennes exercées par l'assurée, ils obtenaient des réponses évasives ne permettant pas de se faire une représentation claire de ses activités réelles. Ils ont également relevé que, par moments et sur plusieurs semaines, l'assurée avait évoqué des améliorations cliniques importantes lui permettant de sortir, de faire ses courses ou encore de suivre des démarches juridiques, mais qu'elle ne faisait pas répercuter ces améliorations sur les certificats médicaux de capacité de travail. En fait, parallèlement, elle demandait la prolongation desdits certificats. Ils ont ajouté que l'énergie et la concentration étaient suffisantes pour faire valoir les plaintes, alors que concomitamment, l'assurée laissait entendre être très déprimée, angoissée, et inapte à 100 % en ce qui concernait son activité professionnelle.

L'attitude de non complaisance de l'assurée a amené les experts à relativiser les plaintes de celle-ci. Ils ont notamment souligné qu'elle n'appréciait pas de recevoir un diagnostic et/ou un pronostic favorables d'où l'existence d'une possible attente de bénéfices secondaires de la "maladie". Par ailleurs, l'assurée avait fait valoir que si elle n'était pas malade, elle perdrait son logement et s'imaginait devoir rentrer au Portugal, ne voyant pas d'avenir professionnel en Suisse.

Les experts ont souligné que la dichotomie relevée entre ce qui a été déclaré en cours d'entretien et ce qui a été laissé voir concernant les symptômes n'apparaît en général pas au cours de la pratique médicale hors contexte asséurologique selon

leur expérience clinique, ce qui renforce généralement l'impression d'exagération symptomatologique.

En conclusion, ces observations relatives à la distorsion rendaient compte d'une modulation importante de l'assurée sur les descriptions de sa capacité fonctionnelle et sur sa motivation, consciente ou non, à exagérer l'intensité de ses troubles psychiques réels. Réanalysées, les conséquences des symptômes étaient nettement moins intenses que ce qui avait été laissé croire au début de l'entretien.

Les experts se sont ainsi vus contraints de constater que l'assurée manifestait une propension à l'exagération des conséquences fonctionnelles de ses troubles.

En définitive, les experts ont nié l'existence d'une causalité naturelle entre l'accident et les troubles constatés à ce jour. Ils ont affirmé l'existence d'un état antérieur à l'accident de novembre 2002 pour chacun des diagnostics posés et estimé que le status quo ante/sine était réalisé depuis environ trois mois. Selon eux, en ce qui concernait les suites de l'accident, la capacité de travail de l'assurée comme employée de maison avait été retrouvée à 100 pour cent trois mois après celui-ci et il n'existait aucune activité qu'elle n'était plus en état d'accomplir en raison des séquelles résultant de l'accident.

Il sied de préciser ici qu'une confusion au sujet de la compliance à un médicament s'est produite lors de cette expertise, et ce en raison de deux patientes portant le même homonyme. Le Docteur G _____ s'en est expliqué par courrier du 25 août 2003, en soulignant que la question de la compliance ou non au médicament concerné n'était pas fondamentale pour comprendre l'expertise et en confirmant intégralement les conclusions de son expertise pour le surplus.

13. Par courriers des 16 juillet et 7 novembre 2003, l'assurée a dénoncé la partialité des experts et sollicité une seconde expertise.
14. Dans une correspondance du 3 décembre 2003, le médecin-conseil de la GENERALI, le Docteur E _____ a considéré que, malgré l'erreur commise par le Docteur G _____, l'expertise du 26 mai 2003 était recevable et "conclusive".
15. Par décision du 14 janvier 2004, la GENERALI a mis fin à la prise en charge des frais médicaux et des indemnités journalières avec effet au 30 avril 2003, motif pris qu'il n'y avait plus de relation de causalité naturelle avec l'accident du 7 novembre 2002.
16. Le 10 février 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision, alléguant que le rapport d'expertise ignorait délibérément les conclusions des différents médecins qui l'avaient examinée après l'accident et qui avaient tous admis un lien de causalité naturelle. Elle a joint à son opposition un rapport non daté du

Docteur H _____, psychiatre-psychothérapeute, qui a confirmé suivre régulièrement l'assurée depuis le 14 mars 2003.

17. La caisse-maladie de l'assurée, le Groupe MUTUEL, n'a quant à elle, pas formé opposition.
18. Par décision sur opposition du 26 mars 2004, la GENERALI a confirmé sa position, laissant ouverte la question de la causalité naturelle dès lors que, selon elle, les troubles psychiques n'étaient pas en relation de causalité adéquate avec l'accident du 7 novembre 2002.
19. Le 30 juin 2004, l'assurée a recouru contre cette décision. Elle a maintenu que l'expertise réalisée en avril 2003 ne correspondait pas aux critères d'objectivité et de sérieux requis par la jurisprudence. D'autre part, elle a contesté l'absence de causalité adéquate. Elle a conclu préalablement à ce qu'une expertise soit ordonnée afin de déterminer s'il existait un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 7 novembre 2002 et les atteintes à la santé tant physiques que psychiques dont elle restait atteinte et, au fond, à l'annulation de la décision sur opposition de la GENERALI du 26 mars 2004.
20. Dans sa réponse du 6 août 2004, l'intimée a maintenu ses conclusions quant à l'absence de causalité naturelle ainsi que de causalité adéquate entre l'accident et les troubles dont souffrait la recourante.
21. Le 31 août 2004, la recourante a persisté dans ses conclusions.
22. Ces écritures ont été transmises aux parties et sur ce, l'affaire a été gardée à juger.
23. Les autres éléments de faits pertinents seront repris en tant que de besoin dans la partie en droit du présent arrêt.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

2. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56

de la loi fédérale sur la partie générale des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accident du 20 mars 1981 (LAA).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant de nombreuses modifications dans le domaine de l'assurance accident. Aux termes de l'art. 118 al. 1^{er} LAA, les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la loi sont régies par l'ancien droit. L'accident ayant eu lieu le 7 novembre 2002, le présent litige sera en conséquence examiné à la lumière des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. En revanche, les règles de procédure sont immédiatement applicables (art. 82 LPGA ; ATF 127 V 427 consid. 1). Selon l'art. 56 al. 1^{er} LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1^{er} LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1^{er} LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).
4. Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.
5. Le litige porte sur le point de savoir quels troubles sont en relation de causalité naturelle et, cas échéant, adéquate avec l'accident du 7 novembre 2002 ainsi que sur les obligations qui en découlent pour l'intimée.
7. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a notamment droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident et, s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite de l'accident, à une indemnité journalière (art. 10 et art. 16 LAA). Par ailleurs, selon l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré a droit à une rente d'invalidité s'il devient invalide à 10 % au moins par suite d'un accident et, selon l'art. 24 al. 1 LAA, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité si, par suite de l'accident, il souffre d'atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale. Le droit aux prestations suppose d'abord un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.

b) La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et

l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, les cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations découlant de l'accident assuré doit être nié (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

c) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

En présence de troubles psychiques réactionnels, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa). Le caractère adéquat du lien de causalité suppose par principe que l'événement accidentel ait eu une importance déterminante dans le déclenchement des troubles psychiques (ATF 120 V 355; 117 V 366; 115 V 403).

8. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).
9. Pour pouvoir apprécier la situation, l'administration (ou le juge s'il y a recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore raisonnablement exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2, 114 V 314 consid. 3c, 105 V 158 consid. 1).

En ce qui concerne par ailleurs la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et qu'enfin les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. L'expertise doit donc être fondée sur une documentation complète et des diagnostics précis, être concluante grâce à une discussion convaincante de la causalité, et apporter des réponses exhaustives et sans équivoques aux questions posées. Cela dit, elle doit être compréhensible, concluante et ne pas trancher des points de droit.

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4).

En principe, le juge ne s'écarte pas sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, 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 sur-expertise ordonnée par le Tribunal en affirme 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, l'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 290 consid. 1b ; 112 V 32ss et les références).

En dernier lieu, il sied de rappeler que, selon la jurisprudence constante, il y a lieu d'attacher plus d'importance aux constatations faites par les spécialistes qu'à l'appréciation faite par le médecin traitant (RCC 1988 p. 504).

10. In casu, les médecins consultés par la recourante ont admis une causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident du 7 novembre 2002. Ainsi, le Dr C _____, en date du 10 janvier 2003, a attesté qu'il suivait la patiente depuis le 3 janvier 2003 en raison d'une affection post-traumatique due à l'accident du 7 novembre 2002. Le 13 janvier 2003, ce même médecin a précisé que, lors de cette consultation, la recourante s'était plainte de violents maux de tête, vertiges, instabilité à la marche, bourdonnements d'oreilles et douleurs cervicodorsales. Le status lors de cet examen correspondait parfaitement au diagnostic posé par le Dr B _____ le 7 janvier 2003, à savoir:

- Status après traumatisme crânio-cervical
- Syndrome cervical post-traumatique
- Syndrome subjectif post-traumatique
- Etat dépressif
- Douleurs d'allure fibromyalgique préexistantes aggravées par l'accident.

Le Dr B _____ avait également souligné que le scan dorsal fait en décembre avait mis en évidence un hémangiome vertébral au sein de la vertèbre D5 mais que cette tumeur vasculaire bénigne n'était certainement pas en rapport avec l'accident. A cet égard, le Dr I _____, quant à lui, avait considéré, en janvier 2003 (cf lettre du 5 mai au Dr F _____), qu'il convenait d'admettre une douleur élective au niveau de la percussion des moyennes supérieures épineuses dorsales à situer dans un contexte dépressif et fibromyalgique .

Dans leurs rapports respectifs établis en décembre 2002 et janvier 2003, les Drs A _____, B _____, C _____, et D _____ ont estimé que la capacité de travail de la recourante était nulle dès le 13 novembre 2002.

Par contre, le 26 mai 2003, les experts mandatés par la GENERALI, les Drs F _____ et G _____ ont estimé, au vu du status actuel, qu'une activité à 100% était exigible trois mois après l'accident.

Les experts ont procédé à un examen complet et minutieux de l'état de santé de l'assurée tant sur le plan somatique que psychique. Pour ce faire, il se sont appuyés sur l'entier du dossier, notamment sur les certificats des médecins ayant examiné la patiente auparavant, de sorte que l'on ne peut que constater que leur rapport se base sur un dossier bien étayé.

Une anamnèse complète a été réalisée et la patiente a été longuement entendue. Son état de santé a fait l'objet d'examens approfondis. Le rapport est circonstancié et les experts sont parvenus à des conclusions claires. En particulier, ils ont nié l'existence d'un lien de causalité probable entre l'accident de novembre 2002 et les troubles présentés par l'assurée, affirmant au contraire la présence d'un état antérieur pour chacun des diagnostics posés (fibromyalgie, hémangiome, épisode dépressif récurrent en rémission complète). Ils ont par ailleurs précisé que le status quo ante/ sine, selon les éléments objectifs du dossier ainsi que l'examen clinique, avait été réalisé trois mois après l'accident.

Contrairement aux allégations de la recourante, ces conclusions ne sont aucunement en contradiction avec les constats médicaux effectués par les autres médecins puisque lesdits constats se situent dans la période des 3 mois durant lesquels les experts ont admis un lien de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident du 7 novembre 2002, et que d'ailleurs la SUVA a pris en charge le cas jusqu'en avril 2003.

Par ailleurs, l'on ne saurait mettre en doute l'impartialité des experts, même si la recourante soulève à leur encontre le grief de prévention au motif que le Dr G _____, fréquemment mandaté par les compagnies d'assurances prendraient systématiquement des conclusions favorables à celles-ci divergentes de celles des experts mandatés ultérieurement. Cette allégation, non fondée sur des motifs objectifs ou des circonstances particulières, ne peut donc être retenue.

En ce qui concerne le manque de sérieux des experts reproché par la recourante, le Tribunal rappelle d'une part que lesdits experts ont rapporté les circonstances de l'accident telles que décrites par la patiente et que par ailleurs l'erreur commise par le Dr G _____ quant à la compliance de celle-ci à un médicament, n'a eu aucune incidence sur les conclusions finales des médecins quant à la causalité naturelle. Preuve en est que la rectification apportée ne les a pas modifiées. En l'absence d'éléments permettant de mettre en doute les conclusions de l'expertise

et, dans la mesure où le rapport répond à toutes les exigences jurisprudentielles en la matière, il convient de lui reconnaître pleine valeur probante.

11. Au vu de ce qui précède, un lien de causalité naturelle entre les troubles subis par la recourante et l'accident du 7 novembre 2002 ne paraît pas pouvoir être admis au degré de vraisemblance requis par la jurisprudence au-delà d'une période de trois mois dès l'accident. La question peut toutefois rester ouverte dans la mesure où, quand bien même le lien de causalité naturelle serait admis de manière probable, il conviendrait d'établir encore l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles.
12. A cet égard, compte tenu de son déroulement et des blessures qu'il a provoquées, l'accident de circulation survenu le 7 novembre 2002 n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni à celle des accidents graves. Il doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à situer à la limite inférieure de la catégorie intermédiaire. En effet, la recourante a été heurtée par une voiture qui s'est déplacée de la voie de droite sur la voie de gauche sans précaution. Suite à l'impact, son véhicule a été projeté de l'autre côté de la chaussée sur environ 20 mètres. La distance d'arrêt doit toutefois être pondérée par le fait que la recourante a affirmé n'avoir pas trouvé immédiatement les freins et que les deux véhicules ne roulaient pas à grande vitesse. S'agissant des lésions physiques, celles-ci ne sauraient être qualifiées de particulièrement graves. En effet, les différents certificats établis par les médecins consultés font état d'une "plaie suturée, de céphalées vasomotrices et de douleurs cervicales, lombaires, dorsales et crâniennes". Les examens pratiqués à l'hôpital n'ont pas mis en évidence de lésion osseuse traumatique.

L'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques doit être niée in casu, dès lors que le déroulement de l'accident ne revêt objectivement pas un caractère particulièrement impressionnant. La blessure au visage de la recourante s'est révélée sans gravité et les autres séquelles physiques sont quasi inexistantes et n'ont engendré aucune incapacité de travail durable.

En ce qui concerne le traitement médical des lésions physiques, celui-ci s'est déroulé normalement, sans retard ni erreur médicale. La recourante a reçu les premiers soins immédiatement après l'accident et a également séjourné une semaine à la Clinique de Jolimont un mois après l'accident. Aucune complication n'est apparue dans la phase de guérison des blessures physiques.

Sur le plan psychique, le Dr H _____, psychiatre-psychothérapeute, a précisé que la recourante présentait une personnalité fragile, labile émotionnellement, qui restait fixée à l'évènement, lequel prenait des caractéristiques subjectives de deuil impossible et de pertes irrémédiables qu'elle n'arrivait pas à dépasser. Dans de telles conditions, l'état dépressif demeurait présent et s'en trouvait prolongé et auto-

entretenu. Quant à l'expert, le Docteur G_____, il a constaté chez la recourante un épisode dépressif récurrent, en rémission complète.

Le TFA a rappelé que l'appréciation objective s'imposait pour garantir la sécurité du droit et l'égalité entre les assurés. Quant à la structure de la personnalité de l'assuré, il en est en revanche tenu compte dans la mesure où, pour apprécier le caractère adéquat de la relation, il faut prendre en considération un large cercle d'assurés. Prenant aussi les personnes qui, en raison de certaines prédispositions morbides, sont davantage sujettes à des troubles mentaux et qui, sur le plan psychique, assument moins bien un accident que des assurés jouissant d'une constitution normale (ATF 115 V 406 consid. 4b). En d'autres termes, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'évènement accidentel lui-même.

En l'occurrence, d'un point de vue objectif, l'ensemble des circonstances de l'accident n'est pas de nature à entraîner, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, une incapacité de travail d'origine psychique. De surcroît, ces troubles n'apparaissent pas suffisamment importants pour entraîner une incapacité de travail. Tout lien de causalité adéquate avec l'accident de circulation du 7 novembre 2002 doit être en conséquence nié.

Au vu de ce qui précède, la décision de l'intimée de mettre un terme à ses prestations avec effet au 30 avril 2003 ne prête pas flanc à la critique.

13. Pour le surplus, le dossier médical étant complet, la conclusion de la recourante visant à une expertise supplémentaire est mal fondée.
14. Par conséquent, le recours est rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier

La présidente

Walid BEN AMER

Juliana BALDE

La secrétaire-juriste : Alexandra PAOLIELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe