

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1482/2004

ATAS/48/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

6^{ème} Chambre

du 24 janvier 2005

En la cause

Madame R _____, comparant par Me Jacques-André SCHNEIDER recourante
en l'étude duquel elle élit domicile

contre

ZURICH ASSURANCES, Talackerstrasse 1, Zurich

intimée

**Siégeant : Madame Valérie MONTANI , Présidente, Mesdames Doris WANGELER et
Karine STECK, Juges.**

EN FAIT

1. Madame R_____, née le 8 juin 1948, célibataire, domiciliée 22 rue Lamartine à 1203 Genève, travaillait depuis le 1^{er} mai 1998 auprès de Y_____, (l'employeur), comme secrétaire et était à ce titre assurée en assurance-accident auprès de la ZURICH ASSURANCES (ci-après : l'assurance).
2. Le 19 mai 1998, Mme R_____, alors qu'elle circulait sur le pont de la Coulouvrenière, a chuté de son vélo, la roue de celui-ci s'étant prise dans le rail du tram. Elle a subi un impact occipital sur le bord du trottoir.
3. L'assurée a été transportée à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève (HUG), clinique neurologique, et y a séjourné jusqu'au 29 mai 1998.

Selon le rapport de l'HUG du 2 juin 1998, le diagnostic posé a été celui de traumatisme cranio-cérébral (TCC) avec perte de connaissance, hématome extradural temporo-pariétal gauche avec une discrète hémorragie sous-arachnoïdienne frontale supérieure droite, pneumo-encéphale de petite importance. La patiente souffrait aussi d'une amnésie circonstancielle, de céphalées et de nausées. Elle a été admise aux soins intermédiaires de neurochirurgie pour surveillance rapprochée. L'évolution a été bonne sur le plan neurologique mais avec persistance de quelques troubles neuropsychologiques.

4. L'assurée a été en incapacité totale de travail depuis le 19 mai 1998. Le cas a été pris en charge par l'assurance.
5. Du 29 mai au 5 juin 1998, l'assurée a séjourné à la clinique de Jolimont.
6. Son contrat de travail a pris fin le 5 juin 1998.
7. Du 9 juillet au 7 août 1998, l'assurée a été hospitalisée à la clinique de rééducation et réadaptation de Valmont, en raison de troubles comportementaux suite au TCC avec difficultés à gérer l'autonomie, troubles mnésiques et une certaine anosognosie.
8. Le rapport de la clinique de Valmont du 25 août 1998 atteste d'une tentative de reprise du travail le 15 juin avec net échec et d'un retour à la clinique de Jolimont. L'examen neuropsychologique avait mis en évidence deux mois après une première évaluation la persistance de difficultés mnésiques ou d'apprentissage et de fixation à long terme sur le matériel verbal. On notait aussi des troubles du comportement, des difficultés de communication et une certaine anosognosie. La patiente avait bénéficié de physiothérapie et d'ergothérapie. A sa sortie, elle était au bénéfice d'un arrêt de travail de trois mois soit jusqu'au 2 novembre 1998 et un suivi neuropsychologique était encore prévu à l'HUG.

9. Dès le 2 novembre 1998, l'assurée a perçu des indemnités de l'assurance-chômage.
10. Le 15 décembre 1998, le Dr A _____, orthopédiste, a attesté d'une contorsion de la hanche gauche de l'assurée avec tendinite post-traumatique. La patiente se plaignait depuis l'accident d'une douleur à la hanche gauche survenant principalement en appui.
11. Le 23 février 1999, le Dr A _____ a constaté une amélioration des douleurs et attesté que le traitement était en principe terminé.
12. Le 20 juin 1999, le Dr B _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a attesté que l'accident avait entraîné toute une série de conséquences psychologiques pour l'assurée qui s'était sentie vulnérable, avait perdu sa confiance en elle, s'était sentie impuissante face à ce qui lui arrivait, exclue et profondément blessée. Les troubles psychiques étaient directement en relation avec l'accident, lequel, par sa soudaineté et la menace qu'il avait fait peser sur la patiente, avait entraîné une perte de confiance et des épisodes anxieux. La patiente présentait habituellement un abaissement de l'humeur, une diminution de l'intérêt et du plaisir pour les activités quotidiennes, une réduction de l'énergie, une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. On notait une diminution de la concentration et de l'attention, une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une attitude morose et pessimiste face à l'avenir, une perturbation du sommeil, une diminution de l'appétit, une baisse de l'élan vital. L'humeur dépressive ne variait guère d'un jour à l'autre. On notait aussi une attente craintive avec anticipation de malheurs, une sensation d'être « à bout », des difficultés de concentration, une tension motrice marquée surtout par de grandes difficultés à se détendre et des troubles neurovégétatifs sous forme de sensations de « tête vide », de gêne épigastrique, de sécheresse de la bouche. Il a posé le diagnostic d'état dépressif moyen, conséquence directe de l'accident sans influence de maladies ou autres séquelles étrangères à l'accident. Il n'y avait pas d'incapacité de travail. Un traitement d'aide et soutien psychologique et un traitement de l'anxiété par des séances de relaxation et d'hypnose devait durer jusqu'à la fin 1999. Compte tenu du traitement, il ne devait pas persister de dommage permanent.
13. A la suite d'une tentative de reprise de travail le 2 novembre 2000 dans le cadre d'un emploi temporaire cantonal, soldée par un échec dès le 12 décembre 2000, l'assurée a annoncé à l'assurance une rechute de son accident du 19 mai 1998.
14. Le 15 mai 2000, le Dr Pierre REUST, spécialiste des maladies rhumatismales, a observé une douleur à la mise en tension des adducteurs de la hanche gauche et diagnostiqué, sur la base d'une échographie du Dr C _____ du 14 avril 2000, une bursite paratrochantérienne gauche, apparue progressivement après l'accident et nécessitant un traitement de physiothérapie mais sans incapacité de travail.

15. Le 3 août 2000, le Dr C _____ a relevé la persistance d'une bursite chronique paratrochantérienne sous-fasciale infiltrée par deux fois par des ampoules de diprophos.

16. Le 10 janvier 2001, le Dr D _____, spécialiste en neurologie-psychiatrie, a attesté d'une incapacité totale de travail de l'assurée dès le 12 décembre 2000.

Le 15 janvier 2001, il a établi un diagnostic d'état de stress post-traumatique (F 43.1) et déclaré soigner la patiente depuis le 12 décembre 2000. Le traitement était la suite directe de l'accident. La patiente devait apprendre à se détendre afin d'évacuer tous les événements traumatisants de son accident. Il s'agissait d'une personne « particulièrement motivée pour guérir ».

17. Le 27 août 2001, le Dr D _____ a posé un diagnostic définitif, à la demande de l'assurance, d'état de stress post-traumatique (F 43.1), de personnalité abandonnique (tendance à la dépendance, à l'hyperactivité et à la rationalisation – F 60.8). La patiente aimerait avoir plus de force, supportait mal son état, avait des crises de colère, d'abattement ou d'angoisse, réminiscences répétées de l'accident, des circonstances de l'accident et d'événements du passé (abandonnisme).

Comme influence de maladies étrangères à l'accident, le Dr D _____ a relevé une personnalité abandonnique tout en soulignant que les symptômes de l'état de stress post-traumatiques étaient encore prévalants à l'heure actuelle.

Le 11 décembre 2001, le Dr D _____ a relevé que la patiente parvenait mieux à se détendre en dépit de douleurs généralisées, supportait extrêmement mal son état, avait des crises de colère, était méfiante envers le monde et avait l'impression d'être « sur la brèche », comme si elle était constamment menacée. Les troubles d'origine chronique ne jouaient qu'un rôle négligeable. Elle avait perdu l'odorat et partiellement le goût.

18. Le 29 janvier 2002, l'assurée a demandé des prestations de l'assurance-invalidité.

19. Le 8 mai 2002, le Dr D _____ a attesté de la continuité du traitement de psychothérapie. Les troubles d'origine abandonnique ne jouaient actuellement qu'un rôle mineur, voire négligeable. Avant l'accident, la patiente avait toujours été particulièrement active. Une modification durable de la personnalité après état de stress post-traumatique F 62.0 ne pouvait être exclue. Elle était plus détendue mais avait toujours de la peine à supporter son état, surtout des douleurs généralisées qui la paralysaient et la surprenaient. Elle avait besoin d'être rassurée et guidée.

20. Par prononcé du 29 novembre 2002 puis par décision du 15 avril 2003, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OCAI) a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès le 19 mai 1999. La demande étant tardive, la rente était versée dès le 1^{er} janvier 2001.

Cette décision était basée sur un examen psychiatrique du service médical régional AI (SMR) du 31 octobre 2002 ayant donné lieu à un rapport du 12 novembre 2002.

Le rapport SMR relevait que l'assurée était une femme repliée sur elle-même, isolée, avec un moi faible, inconsistant, avec peu de moyens d'introspection et incapable de se remettre en question. Très angoissée, la vie de l'assurée avait été bouleversée par l'accident qu'elle avait subi en 1998 et qui avait déclenché l'apparition des états anxio-dépressifs avec composante psychotique, de type paranoïde, avec une évolution chronique, qui allait en s'aggravant. Elle souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F 33.3), greffés sur la fragilité psychologique d'une personnalité psychotique qui expliquait l'évolution chronique de la maladie. De plus en plus détachée de la réalité qui lui faisait peur, l'assurée utilisait des défenses hypomaniaques, le déni, la régression et la projection, actuellement inefficaces, pour lutter contre l'effondrement dépressif. Sa thymie était dépressive avec au premier plan une très importante fatigabilité, ainsi qu'une angoisse de morcellement, des troubles de l'attention, de la concentration, de la mémoire, accompagnés d'idées délirantes de type persécutoire, empêchant l'assurée de mener à bien une activité suivie. Les troubles psychiques chroniques correspondaient à une atteinte durable à la santé et justifiaient une incapacité de travail à 100 % pour une durée indéterminée. L'assurée devrait bénéficier d'une psychothérapie de soutien accompagnée d'un traitement médicamenteux antidépresseur, neuroleptique et anxiolytique. Une réadaptation professionnelle n'était pas envisageable. En conclusion, l'assurée avait présenté un accident de vélo avec dans les suites une décompensation psychotique persistante. La capacité de travail exigible était de 0 %.

21. Le 14 août 2003, à la demande de l'assurance, le centre multidisciplinaire de la douleur à Genolier (CMD) a rendu un rapport d'expertise.

La patiente déclarait qu'elle avait souffert et souffrait encore de céphalées augmentant à la concentration, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une fatigue et d'une fatigabilité, d'une adynamie, de difficultés de lecture et de dorso-lombalgies. Il existait également encore actuellement des douleurs au niveau de la hanche gauche, une perte du goût et de l'odorat. Elle signalait également une phonophobie, une irritabilité et une nervosité absentes préalablement à l'événement accidentel. La journée elle restait très fatiguée et ne pouvait lire. Elle ne faisait rien de ses journées, ne sortait plus, alors qu'elle était très active, sportive et enthousiaste. Elle n'avait plus de vie intime, plus de force vitale et n'arrivait plus à se réjouir. Elle prenait du Zyprexa 10 mg.

Le processus de pensée et le comportement étaient suggestifs d'une névrose de conversion. Par contre, on ne trouvait rien qui laissait suggérer une autre pathologie psychiatrique sous-jacente grave, ou actuellement décompensée. On ne relevait

aucun élément de la lignée psychotique, en particulier délire, hallucinations, troubles formels ou logiques de la pensée, il n'y avait pas de fuite des idées, aucune tendance digressive, aucune logorrhée particulière, rien ne laissait suggérer la possibilité d'un trouble de l'identité grave.

Dans le chapitre « discussion » les experts relevaient que la patiente avait toujours été en bonne santé habituelle et avait travaillé à temps complet. Trois tentatives de reprise de l'activité professionnelle avaient abouti à un échec. L'examen neurologique était entièrement normal en dehors d'une apparente anosmie et agueusie, la patiente déclarant ne reconnaître ni odeur ni même modalité fondamentale du goût. L'examen neuropsychologique mettait en évidence des troubles exécutifs et attentionnels, des troubles sévères de la mémoire épisodique verbale et visuelle, des troubles de la mémoire du travail mais une préservation des fonctions langagières, praxiques et gnosiques, de calcul et l'efficacité intellectuelle. L'examen psychiatrique ne révélait pas d'élément en faveur d'un état de stress post-traumatique. Il n'y avait pas de psychopathologie majeure mais l'on mettait par contre en évidence des éléments évoquant le diagnostic de névrose de conversion.

La patiente avait été victime d'un TCC d'importance moyenne dont l'évolution aurait dû être, dans le cours ordinaire des choses, suffisamment favorable pour permettre une reprise de l'activité professionnelle préalable dans les mois ayant suivi l'événement.

L'anosmie et l'agueusie mises en évidence au bilan neurologique, dont le diagnostic reposait essentiellement sur les déclarations de la patiente, seules séquelles à l'examen neurologique proprement dit de l'accident du 19 mai 1998, ne représentaient bien entendu pas une cause d'incapacité de travail. C'étaient donc essentiellement les plaintes subjectives et les anomalies mises en évidence à l'examen neuropsychologique qui étaient susceptibles d'être la cause du handicap professionnel. S'agissant des anomalies neuropsychologiques, ces dernières étaient bien entendu compatibles avec un status après TCC avec commotion cérébrale mais il fallait relever, comme toujours, qu'il s'agissait là d'anomalies non spécifiques pouvant se rencontrer dans d'autres situations telles les états douloureux chroniques, les troubles psychiques et notamment anxio-dépressifs. La mise en évidence des troubles précités ne pouvait donc être considérée comme témoignant en soi d'une atteinte organique persistante secondaire directement au TCC. Il n'y avait pas d'arguments en faveur d'un état de stress post-traumatique. Il n'y avait pas non plus d'éléments en direction d'un état anxio-dépressif ou d'une autre pathologie psychiatrique sous-jacente grave ou actuellement décompensée. Par contre, la névrose de conversion pouvait jouer un rôle important dans l'évolution défavorable sur le plan personnel et professionnel.

L'incapacité de travail complète n'était pas en relation de causalité naturelle probable ou certaine avec l'accident. L'incapacité due à l'accident ayant pris fin au

plus tard le 19 mai 2000. Etaient seulement en relation de causalité persistante à moyen et long terme avec l'accident, les maux de tête, les quelques troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue et une fatigabilité ainsi que la perte de l'odorat et de la gustation. Il n'y avait pas d'état antérieur mais la névrose de conversion s'était développée en fonction d'une personnalité prémorbide qui, sans que cela soit certain, était un état antérieur muet. L'incapacité de travail en relation de causalité naturelle avec l'accident avait pris fin au plus tard deux ans après l'accident. Sur le plan somatique, on pouvait considérer que le traitement en relation de causalité naturelle avec l'accident avait pris fin au plus tard cinq ans après l'accident. Sur le plan psychiatrique, le traitement de la névrose de conversion était à la charge de l'assureur-maladie.

La perte de l'odorat et du goût correspondait à une perte de l'intégrité de 15 % et le syndrome post-commotionnel justifiait la reconnaissance d'une perte à l'intégrité de 10 %, soit une perte totale de 25 %.

22. Par décision du 13 octobre 2003, l'assureur a mis fin à son intervention au 31 juillet 2003 tant pour l'incapacité de travail que pour les frais médicaux et octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de fr. 24'300.-, en relevant que l'expertise du CMD devait être suivie et avait mis en évidence un syndrome de conversion sans relation avec l'accident.
23. Le 21 octobre 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision et a conclu à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100 %, au versement d'une IPAI adéquate et aux compléments de capitaux de la couverture LAA complémentaire. L'accident était la condition sine qua non de son état de santé actuel, aucune maladie ou accident antérieurs n'entrant en ligne de compte, en particulier, aucun document médical ne prouvait l'existence d'un état antérieur muet, comme le prétendait le CMD. S'agissant des critères posés par le TFA pour examiner la causalité adéquate entre les troubles allégués et l'accident, de gravité moyenne, plusieurs étaient remplis. Soit le caractère impressionnant de l'accident, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs résiduelles importantes et l'incapacité de travail totale depuis l'accident.
24. Le 23 janvier 2004, l'assurée a saisi le Tribunal cantonal des assurances sociales d'une demande en paiement à l'encontre de la fondation de prévoyance du personnel de l'employeur, pour les prestations dues selon la loi fédérale sur la prévoyance professionnelle vieillesse, survivants et invalidité du 25 juin 1982 (LPP). La défenderesse ayant accédé à cette demande, un jugement d'accord a été rendu par le Tribunal cantonal des assurances sociales le 12 juillet 2004 (cause A/129/2004).
25. Le 6 février 2004, les experts ont répondu à une demande complémentaire de l'assureur du 29 décembre 2003 mentionnant, d'une part, le rapport du SMR ainsi

que, d'autre part, un rapport du Dr D _____ du 2 juillet 2001 mentionnant une prise en charge de la patiente depuis 1995 à la suite de chocs émotionnels graves. Ils relèvent que la question de savoir si les experts du SMR ont raison ou s'il s'agit d'un syndrome de conversion ne change rien à la question de la causalité avec l'accident, les deux diagnostics impliquant une personnalité prémorbide. Ils souhaitaient plus d'informations sur le suivi de la patiente par le Dr D _____.

26. Le 23 février 2004, le Dr D _____ a précisé que son rapport du 2 juillet 2001 concernait une autre de ses patientes et avait été envoyé à l'assurance le 7 mars 2002 et annexé par erreur aux questions complémentaires concernant l'assurée adressées à l'OCAI le 28 février 2002.
27. Le 22 mars 2004, l'assurance a signalé cette erreur aux experts en leur demandant de reprendre l'examen du dossier de l'assurée. Ceux-ci ont confirmé leurs conclusions le 5 mai 2004, en relevant qu'ils n'avaient pas eu connaissance du rapport médical étranger au dossier de l'assurée et que la névrose de conversion correspondait à la classification F 44 de la CIM-10.
28. Selon une attestation de l'assurance du 25 février 2004, des indemnités journalières ont été versées à l'assurée en 2003 jusqu'au 31 juillet 2003.
29. Le 1^{er} juillet 2004, l'assurance a rejeté l'opposition. S'agissant du droit d'être entendu de l'assurée, le CMD n'avait pris connaissance du rapport litigieux du Dr D _____ du 2 juillet 2001 que le 29 décembre 2003. S'agissant de la causalité naturelle, il était relevé ce qui suit :

Le rapport du SMR ne se prononçait pas explicitement sur l'origine post-traumatique ou non des affections diagnostiquées. Seule le Dresse E _____ faisait état d'une décompensation psychiatrique persistante à la suite de l'accident. Il convenait de donner une valeur probante prépondérante au rapport du CMD par rapport aux autres appréciations médicales dès lors qu'il provenait de trois médecins spécialisés (psychiatrie, neurologie et neuropsychologie). Ils n'avaient pas eu connaissance du dossier de l'AI mais avaient en l'occasion de se prononcer par la suite. L'existence des troubles n'étant pas contestée par les experts. Ils écartaient le diagnostic d'état de stress post-traumatique, comme l'avait fait l'AI. Ils admettaient des affections psychiatriques. Toutefois, les troubles neuropsychiatriques seuls responsables de l'incapacité de travail pouvaient théoriquement s'expliquer par un status post-TCC et/ou par une affection sans lien de causalité naturelle avec l'accident. Les experts estimaient que l'incapacité de travail ne s'expliquait deux ans après l'accident que par l'existence de facteurs psychiques indépendants du traumatisme. En toute hypothèse, la causalité adéquate devait de toute façon être niée, s'agissant d'un accident de gravité moyenne, dès lors que les critères établis par le TFA n'étaient pas remplis. Il convenait à cet égard d'appliquer la jurisprudence relative aux traumatismes ne relevant pas d'un TCC

car les affections liées à celui-ci étaient de reléguées au second plan en raison de troubles psychiques de la personnalité. L'accident n'était pas particulièrement dramatique ou impressionnant, le traitement avait été centré rapidement sur les affections d'ordre psychique, sans complications et l'incapacité de travail avait duré moins de six mois après l'accident avant de reprendre plus de deux ans plus tard. L'AI avait accordé une rente un an après l'accident sans réel fondement médical puisqu'aucun médecin n'avait attesté d'une incapacité de travail de novembre 1998 à décembre 2000.

Par ailleurs, la décision de l'AI ne liait pas l'assureur accidents. Le rapport SMR ne se prononçait pas sur le lien de filiation dans la durée entre les affections psychiques et l'accident, question abordée par les experts du CMD. La situation était la même par rapport à l'assureur LPP.

Enfin, l'IPAI de 25 % était justifiée dès lors que les experts admettaient que seulement une partie des troubles neuropsychologiques était en relation de causalité avec l'accident.

30. Le 14 juillet 2004, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales en concluant à son annulation et à la condamnation de l'assurance au versement d'une rente d'invalidité complémentaire fondée sur un degré d'invalidité de 100 % dès la fin du versement des indemnités journalières, ainsi qu'au versement d'une IPAI supérieure à 25 %.

Avant son accident, elle n'avait jamais subi d'atteintes à sa santé physique ou psychique et sa capacité de travail était entière. Le rapport médical étranger à son dossier mentionnait un choc émotionnel grave nécessitant une prise en charge médicale avant l'accident de 1998, ce qui n'était pas le cas. En particulier, l'existence d'un état prémorbide relevée par le CMD n'était qu'une construction intellectuelle sans fondement. En toute hypothèse une telle prédisposition n'entrerait pas en ligne de compte puisqu'elle ne portait pas atteinte à sa capacité de gain et ne pouvait en plus entraîner une négation du lien de causalité, selon la jurisprudence du TFA.

Elle avait été l'objet d'un TCC, avec pathologie typique. La causalité naturelle et adéquate était donc à examiner selon la jurisprudence spécifique du TFA. Cette juridiction avait considéré que l'on pouvait tout au plus relativiser le caractère impressionnant d'un accident dont la personne ne se souvenait plus. D'ailleurs, les événements traumatisants de l'accident lui revenaient, ce qui démontrait le caractère impressionnant de celui-ci. Le traitement médical durait encore. Elle avait souffert aussi de douleurs à la hanche gauche. Il existait ainsi des douleurs résiduelles importantes. Elle n'avait pas retrouvé de capacité de travail le 1^{er} novembre 1998. L'AI l'avait d'ailleurs constaté. Elle avait seulement tenté, en vain, de retravailler. Le lien de causalité adéquate entre les conséquences psychiques de

l'atteinte physique était donné. L'AI avait constaté que l'accident était la cause exclusive des conséquences psychiques et l'intimée ne pouvait s'en écarter. La décision litigieuse manquait de motivation dès lors qu'elle se basait uniquement sur le rapport du CMD lequel était incomplet car il ne tenait pas compte de ses plaintes et, de plus, tardif.

Enfin, une IPAI tenant compte de ses troubles psychiques devait être versée.

31. Le 20 septembre 2004, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Le rapport du CMD avait valeur probante. Or, les experts estimaient que l'incapacité de travail relevait entièrement d'une névrose de conversion sans lien avec l'accident. La décision était correctement motivée et contenait une divergence d'appréciation par rapport à l'AI des pièces médicales au dossier. La décision de cette autorité ne la liait pas puisque la causalité naturelle et adéquate n'avait pas été traitée.

32. Le 5 octobre 2004, à la demande du Tribunal de céans, l'OCAI a versé son dossier à la procédure.

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.

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

2. Interjeté en temps utile devant la juridiction compétente, le recours est recevable (art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ et 106 LAA).
3. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136

consid. 4b et les références). Aussi, le cas d'espèce reste-t-il régi par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002, étant précisé que les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b)

4. Selon l'art. 18 al. 1 et 2 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (al. 1). Est réputé invalide celui dont la capacité de gain subit vraisemblablement une atteinte permanente ou de longue durée. Pour l'évaluation de l'invalidité, le revenu du travail que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail, est comparé au revenu qu'il aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide (al. 2). L'art. 19 al. 1 LAA prévoit que 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. Celle-ci est allouée pour tout le mois au cours duquel le droit à la rente est né.

La jurisprudence considère que la diminution de la capacité de gain est de longue durée si l'atteinte à la santé qui en est la cause provoque une incapacité de travail d'au moins 360 jours et s'il subsiste, après ce laps de temps, une invalidité qui entrave la capacité de gain (ATF 102 V 165). La rente doit donc remplacer l'indemnité journalière dès l'instant où l'état de santé de l'assuré s'est stabilisé et où il est possible de fixer le taux d'invalidité pour une certaine période. Une rente peut donc être allouée alors que l'état de santé de l'assuré est encore susceptible de modification (A. GHELEW, O. RAMELET, J.-B. RITTER, Commentaire de la loi sur l'assurance-accident, Lausanne 1992, p. 106; A.-C. DOUDIN, La rente d'invalidité dans l'assurance-accidents, Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, 1990, p. 291).

5. Dans un arrêt du 14 juin 1999 (ATF 125 V 351), le Tribunal fédéral des assurances a précisé sa jurisprudence relative à l'appréciation des preuves notamment dans le domaine médical. Il convient de rappeler ici que selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et

sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre.

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un certificat médical n'est ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé. En outre, au sujet des 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 ce dernier (ATFA du 10 octobre 2003 en la cause U 278/02).

6. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. 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 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

b) Le droit à des prestations suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate. 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).

ba) Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En présence d'une atteinte à la santé psychique non consécutive à de tels traumatismes, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. 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).

bb) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ss consid. 2, 117 V 360 sv. consid. 4b).

Ensuite, si l'accident est de gravité moyenne, il faut examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 sv. consid. 6a et 382 sv. consid. 4b. Ces critères 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; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs 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 les complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail. A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 sv. consid. 3b).

bc) Toutefois, lorsque des lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type ou d'un traumatisme analogue, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (ATF 123 V 99 consid. 2a et les références; RAMA 1995 p. 115 ch. 6 ; ATFA du 6 juin 2003, cause U 138/02).

7. a) En l'espèce, la recourante a été victime d'un traumatisme crânien cérébral attesté par un CT-scan cérébral avec présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes, soit des céphalées, nausées (rapport de l'HUG du 2 juin 1998), difficultés mnésiques ou d'apprentissage et de fixation à long terme sur le matériel verbal (rapport de la clinique de Valmont du 25 août 1998), état dépressif, perte de confiance, épisodes anxieux, fatigabilité, diminution de la concentration et de l'attention, baisse de l'élan vital (rapport du Dr B_____ du 20 juin 1999), crises d'abattement, d'angoisse, de colère, sentiment d'être menacée (rapport du Dr D_____ des 27 août et 11 décembre 2001), douleurs partout, fatigue, incapacité à gérer le stress, sensation d'étrangeté (rapport du SMR du 12 novembre 2002), adynamie, difficultés de lecture, perte du goût et de l'odorat, irritabilité, phonophobie et nervosité (rapport du CMD du 14 août 2003).

Ce tableau clinique - dont l'existence est admise par l'intimée - permet en principe de présumer de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail découlant des troubles précités ainsi que des troubles d'origine psychique présents en l'espèce dès lors que les plaintes de l'assurée peuvent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé due à l'accident. L'intimée invoque toutefois l'existence d'un problème important de nature psychique ayant pour conséquence de reléguer au second plan les lésions précitées, soit des troubles psychiques de la personnalité.

b) A cet égard, il ressort du dossier médical de la recourante ce qui suit :

Selon le Dr B _____ il n'y a pas, dans le diagnostic posé, de maladies ou autres séquelles étrangères à l'accident. Les troubles psychiques étaient directement en relation avec l'accident (rapport du 20 juin 1999). Le Dr D _____ a ensuite diagnostiqué une personnalité abandonnique tout en relevant que les symptômes de l'état de stress post-traumatiques prévalaient (rapport du 27 août 2001), puis il a précisé que les troubles d'origine abandonnique ne jouaient qu'un rôle négligeable (rapports des 11 décembre 2001 et 8 mai 2002). Les experts du SMR ont attesté d'une décompensation psychotique persistante suite à l'accident, lequel avait déclenché l'apparition des états anxio-dépressifs avec composante psychotique, de type paranoïde, avec une évolution chronique allant en s'aggravant. La patiente souffrait d'un trouble dépressif récurrent sévère avec symptômes psychotiques (F 33.3), greffés sur la fragilité psychologique d'une personnalité psychotique. Enfin, le rapport du CMD atteste d'anomalies neuropsychologiques compatibles avec un status après TCC – tout en relevant qu'elles pourraient être dues à d'autres causes – ainsi qu'une névrose de conversion pouvant jouer un rôle important dans l'évolution défavorable du cas. Il y avait un état antérieur muet, soit une personnalité prémorbide à partir de laquelle s'était développée la névrose de conversion, mais pas d'état anxio-dépressif ou autre pathologie psychiatrique sous-jacente grave ou actuellement décompensée.

S'agissant de ce dernier rapport sur lequel se fonde l'intimée pour motiver la décision litigieuse, il convient préalablement de rappeler que la notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance-militaire et d'assurance-invalidité. Cette uniformité de la notion d'invalidité doit conduire à fixer, pour une même atteinte à la santé, un même taux d'invalidité. Ainsi, quand bien même l'assureur-accidents est tenu de procéder à l'évaluation de l'invalidité dans chaque cas de manière indépendante, il ne peut pas purement et simplement ignorer celle à laquelle est parvenue l'assurance-invalidité dans une décision entrée en force et s'en écarter sans motif suffisant (ATF 126 V 288; RAMA 2001 n° U 410 p. 73, 2000 n° U 406 p. 402 ; ATFA du 25 octobre 2002, cause U 336/01).

Or, en l'espèce, l'OCAI a reconnu le 15 avril 2003 à la recourante un degré d'invalidité de 100 % en se fondant sur le rapport SMR du 12 novembre 2002. Cette décision, antérieure à celle de l'intimée aurait dû faire l'objet d'une appréciation par celle-ci, en particulier, le rapport SMR précité, au regard du rapport du CMD. C'est ce que l'intimée a tenté de faire en soumettant finalement, le 29 décembre 2003, le rapport du SMR au CMD. Toutefois, les experts du CMD se sont bornés à relever que peu importait le diagnostic posé dès lors que tant celui du SMR que le leur n'était pas en relation de causalité avec l'accident. Ils n'ont pas discuté les conclusions différentes des experts du SMR. Pour ce motif, leur rapport est incomplet et sa valeur probante doit être relativisée. Sa valeur doit par ailleurs également être relativisée dès lors que tout en admettant l'existence d'un TCC

d'importance moyenne et le fait que les anomalies neuropsychologiques (susceptibles d'être la cause du handicap professionnel) sont compatibles avec un status après TCC, les experts mentionnent que celles-ci, dès lors qu'elles sont non spécifiques, peuvent se rencontrer dans d'autres situations telles les états douloureux chroniques et les troubles psychiques, notamment anxio-dépressif, sans expliquer lesquelles de ces dernières affections entreraient en ligne de compte chez la recourante pour reléguer au second plan le TCC, pourtant avéré, comme cause première des troubles. En outre, les experts admettent que les maux de tête, troubles de la mémoire et de la concentration, la fatigue et la fatigabilité sont en relation de causalité persistante à moyen et long terme avec l'accident. Or, ils considèrent que ces troubles ont une influence sur la capacité de travail de la recourante - dès lors qu'ils déclarent que ce sont essentiellement les plaintes subjectives et les troubles neuropsychologiques ainsi que la névrose de conversion qui sont la cause du handicap professionnel – mais n'en tiennent pas compte dans leurs conclusions, en relevant que l'incapacité de travail en lien avec l'accident a pris fin au plus tard deux ans après l'accident. Ainsi, le Tribunal de céans retiendra l'expertise du SMR comme ayant une force probante supérieure. Enfin, l'état de stress post-traumatique, uniquement attesté par le Dr D_____, médecin-traitant, et peu documenté, ne saurait être retenu dès lors qu'il n'a pas été constaté par les experts du SMR.

c) Au vu de ce qui précède il y a lieu de retenir l'existence chez la recourante d'une personnalité psychotique laquelle, bien que présente avant l'accident, ne s'était pas manifestée et, en particulier, n'occasionnait aucune incapacité de travail. Cette attestation rejoint, en outre, celle des Drs B_____ et D_____. Le rapport du SMR atteste d'ailleurs d'une décompensation psychotique due à l'accident. Cet état ne saurait en conséquence être qualifié de problème préexistant important de nature psychique, au sens de la jurisprudence précitée. Le TFA a d'ailleurs admis que l'existence chez une assurée d'une personnalité vulnérable, de type prépsychotique, est sans incidence sur la relation de causalité naturelle (RAMA 5/2003 p. 273).

Partant, le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail d'origine psychique doit être admise et, l'accident devant être qualifié de moyen (cf. ATF 117 V 369 où la chute d'un cycliste est qualifiée d'accident moyen), le caractère adéquat du lien de causalité doit être examiné selon les critères susmentionnés, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles sont plutôt de nature somatique ou psychique.

8. S'agissant des critères précités, on relèvera ce qui suit :

Le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ne saurait être admis même si le choc ayant entraîné le TCC a pu être très violent, ce d'autant qu'il a entraîné une perte de connaissance. Il n'y a pas non plus de circonstances

concomitantes particulièrement dramatiques. En revanche, les lésions physiques sont multiples dès lors que la recourante souffre encore d'une contorsion à la hanche gauche, et de douleurs aux adducteurs, de douleurs généralisées paralysantes, de céphalées, de fatigue et de dorsolombalgies. Ces différentes affections ainsi que la perte du goût et de l'odorat, laquelle constitue une lésion d'une nature particulière, permettent d'admettre que le second critère est réalisé. Tel est également le cas de l'existence de douleurs persistantes. Quant à la durée du traitement médical, elle est anormalement longue puisque la recourante est encore en suivi psychiatrique plus de six ans après l'accident, comme l'est la durée de l'incapacité de travail et son degré important (100 %), même si la recourante a tenté de reprendre le travail entre 1998 et 2000, dès lors qu'elle est en incapacité de travail totale depuis décembre 2000.

Les critères précités au vu de leur nombre et de leur intensité sont suffisants pour admettre le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident.

9. Conformément au rapport du SMR, il n'y a pas lieu d'attendre du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de la recourante, l'incapacité de travail totale étant durable.

Selon l'art. 36 al. 2 LAA, les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain. Tel est bien le cas en l'espèce, la personnalité psychotique attestée par les experts du SMR n'occasionnant aucune incapacité de gain de la recourante antérieurement à son accident.

En conséquence, la recourante a droit à une rente d'invalidité à 100 % dès le 1^{er} août 2003, soit dès la fin de la cessation des indemnités journalières versées par l'intimée, sous réserve d'une éventuelle surindemnisation.

10. Selon l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Celle-ci est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (art. 25 al. 1 LAA ; ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b et les références). En l'espèce, dès lors que la causalité naturelle et

adéquate a été admise entre les troubles somatiques et psychiques de la recourante et l'accident, il incombera à l'intimée de fixer à nouveau le montant de l'IPAI.

11. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et une indemnité de fr. 2'000.- allouée à la recourante, à charge de l'intimée.

**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. L'admet.
3. Annule la décision sur opposition du 1^{er} juillet 2004 et la décision du 13 octobre 2003 de la ZURICH ASSURANCES.
4. Condamne la ZURICH ASSURANCES au versement d'une rente d'invalidité de 100 % dès le 1^{er} août 2003 en faveur de Mme R_____, sous réserve d'une surindemnisation.
5. Renvoie la cause à la ZURICH ASSURANCES pour nouvelle décision quant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
6. Condamne la ZURICH ASSURANCES à verser à Mme R_____ une indemnité de fr. 2'000.-.
7. 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).

La greffière :

Nancy BISIN

La Présidente :

Valérie MONTANI

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