

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4185/2008

ATAS/1198/2009

ARRÊT

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 8

du 1^{er} octobre 2009

En la cause

Madame **G**_____, domiciliée à MEYRIN, comparant par
Maître Pierre SEIDLER en l'Étude de qui elle élit domicile

recourante

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIÉTÉ D'ASSURANCES, Service
juridique, sise Hohlstrasse 556, ZÜRICH

intimée

**Siégeant : Georges ZUFFEREY, Président suppléant; Teresa SOARES et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Née en 1958 (1955 selon les documents officiels), Madame G _____ (ci-après l'assurée ou la recourante) travaillait au service du docteur L _____ (ci-après l'employeur) en qualité de secrétaire médicale. À ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents, professionnel et non professionnel, auprès d'ALLIANZ SUISSE, Société d'Assurances (ci-après l'assureur ou l'intimée).
2. Par lettre du 26 octobre 2001, l'employeur a résilié le contrat de travail de l'assurée avec effet au 30 novembre suivant (Pièce 1 011 intimée).
3. Le 27 octobre 2001, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle était immobilisée dans une file arrêtée devant un feu rouge, le véhicule qui la suivait immédiatement a percuté sa voiture et l'a projetée contre le véhicule qui la précédait.
4. Transportée en ambulance, l'assurée a été examinée à l'Hôpital de la Tour où une plaie au cuir chevelu et une entorse cervicale ont été diagnostiquées. Son incapacité totale de travailler a alors été attestée, et elle a été autorisée à rentrer à son domicile.
5. Selon un rapport établi le 17 décembre 2001, le docteur M _____, généraliste et médecin traitant de l'assurée, avait constaté, le 29 octobre précédent, que sa patiente souffrait de contusions multiples, de douleurs à l'épaule et à la clavicule droites, de nausées, de céphalées, de vertiges et de cervicalgies, et que la mobilité cervicale et l'audition étaient diminuées. Il l'avait alors adressée au docteur N _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et en chirurgie cervico-faciale.
6. Dans un rapport établi le 20 décembre 2001, le docteur N _____ a notamment exposé que l'examen otoscopique avait montré un tympan normal à droite et une cavité ancienne d'évidement pétro-mastoïdien (opération effectuée le 14 janvier 1999) d'aspect tout à fait calme à gauche. L'épreuve de Barany avait suggéré la présence d'un vertige sans nystagmus très évident, surtout lors de la mise en décubitus avec tête à gauche. La mobilité de la nuque était réduite et douloureuse, avec irradiation au niveau scapulaire.

L'audiogramme pratiqué le 29 novembre précédent avait montré une baisse d'audition unilatérale gauche par rapport aux examens antérieurs, suggérant la présence d'une contusion labyrinthique. Pour le surplus, les plaintes décrites semblaient compatibles avec les suites d'un accident de type « coup du lapin ». En l'absence d'un traitement particulier à proposer, tout devait « rentrer dans l'ordre » quelques semaines plus tard.

7. Selon le rapport qu'il a établi le 14 janvier 2002 à la demande du docteur M_____, le docteur O_____, spécialiste en neurologie, a notamment exposé que l'assurée avait présenté un traumatisme cranio-cérébral avec possible brève perte de connaissance suite à une collision frontale. L'ensemble de la clinique plaidait en faveur d'un syndrome post-traumatique associant des céphalées, dont l'assurée n'avait jamais souffert auparavant, peut-être d'origine migraineuse et réveillées par l'accident, des troubles de la concentration, des troubles de la mémoire et des vertiges. Il était à noter que l'assurée était extrêmement émue par l'impact frontal. L'examen neurologique n'était pas déficitaire. En revanche, l'électroencéphalogramme révélait un tracé légèrement déstructuré, mal spatialisé et présentant une abondance de rythmes de type musculaire.

Le praticien avait en outre rassuré la patiente sur le pronostic en principe très favorable sur plusieurs mois, et il lui avait expliqué que le repos était extrêmement important pour la guérison. Pour le reste, l'introduction de Tryptizol pouvait sans doute permettre une amélioration, mais l'assurée était contre toute prise médicamenteuse.

8. Le 1^{er} mai 2002, l'assurée s'est soumise à une scanographie dynamique du rachis cervical. Selon le rapport établi par le docteur P_____ radiologue, le 3 mai suivant, les différentes analyses réalisées montraient un déplacement antérieur de C1-C2 en rotation droite et un déplacement postérieur C1-C2 en rotation gauche. En rotation neutre, les rapports anatomiques des différentes structures osseuses étaient normaux. Selon toute vraisemblance, l'assurée présentait une pathologie ligamentaire.
9. Mandaté par l'assureur aux fins de réaliser une expertise, le docteur Q_____, spécialiste en rhumatologie, a remis son rapport le 29 octobre 2002.

Sur la base d'une anamnèse détaillée, de l'examen du dossier médical et d'exams ostéo-articulaire et neurologique complémentaires, l'expert a diagnostiqué des troubles associés à l'entorse cervicale de stade II avec lésions associées (céphalées, vertiges, dysfonction de l'articulation temporo-mandibulaire ; TAEC stade II), un probable état dépressif secondaire aux douleurs chroniques et une hypothyroïdie substituée. L'état de santé somatique et psychologique de l'assurée était certainement secondaire à l'accident du 27 octobre 2001.

Au jour de l'expertise, on pouvait constater un tableau douloureux chronique, avec des cervicalgies, des céphalées et une hypoacousie gauche, qui méritait une évaluation plus complète, avec une évaluation psychosomatique du tableau clinique qui permettrait une prise en charge plus optimale, de sorte qu'une expertise psychiatrique se justifiait.

Enfin, l'accident avait provoqué l'incapacité totale de travail de la recourante, dont la durée ne pourrait être déterminée qu'au vu de l'évaluation psychosomatique. Une évolution vers la guérison pouvait éventuellement être envisagée, et le statu quo sine vel ante n'était pas atteint au jour de l'expertise.

10. Des rapports médicaux établis par les docteurs R_____, neurochirurgien, S_____, neurologue, N_____, T_____, oto-rhino-laryngologue, les 19 mars, 14 mai et 10 octobre 2003 et le 12 janvier 2004 respectivement, ainsi que du rapport établi le 23 décembre 2003 par Madame H_____, neuropsychologue, il ressort notamment que les douleurs éprouvées par l'assurée provenaient vraisemblablement d'une distorsion cervicale et d'un traumatisme cranio-cérébral subis au cours de l'accident. Les troubles cognitifs constatés (un trouble attentionnel sévère, un déficit en mémoire verbale épisodique, sur le plan de l'apprentissage, de la fixation et du rappel de données nouvelles, ainsi qu'une fatigabilité et un ralentissement sur les tâches intellectuelles) pouvaient en outre partiellement s'expliquer par des lésions cérébrales ou par la présence d'un état anxio-dépressif (sinistrose) lié aux conséquences de l'accident. Il était par ailleurs très difficile de déterminer l'origine du discret nystagmus constaté, qui pouvait être le reflet d'une atteinte d'un canal semi-circulaire supérieur ou d'un très discret signe d'atteinte centrale. Pour le surplus, une lésion de l'oreille interne pouvait expliquer les troubles de l'équilibre et l'accentuation du déficit auditif à gauche.
11. Suite à la scanographie de la colonne cervicale de la recourante, réalisée le 15 septembre 2005, le docteur U_____, radiologue, a exposé qu'aucune lésion post-traumatique n'avait été décelée. Toutes les structures osseuses étaient indemnes et les articulations étaient bien congruentes. On constatait cependant une minime arthrose facettaire au niveau C3-C4. Pour le surplus, aucun rétrécissement des canaux de conjugaison n'était visible, ni uncarthrose ni compression radiculaire.
12. Selon le rapport établi le 2 décembre 2005 par le docteur V_____, neurologue, l'examen par écho-Doppler avait permis de constater que les vitesses circulatoires doubleraient en V3 à droite quand l'assurée se tenait en position assise avec une discrète hyper-extension de la nuque, ce qui traduisait certainement la présence d'un obstacle mécanique extrinsèque à la jonction cervico-occipitale. Cet élément corroborait bien la clinique et expliquait également les péjorations obtenues par des manœuvres de physiothérapie par mobilisation. Dans l'ensemble, on était tout de même frappé par l'importance du côté algique et par les réactions très aiguës de la patiente à la mobilisation même légère, ce qui montrait que s'était probablement développée une allodynie qui semblait résister aux traitements antalgiques prescrits.
13. À la demande de l'assureur, le Centre d'expertise médicale (CEMED) a procédé à l'examen multidisciplinaire de la recourante le 25 octobre 2006.

Du rapport établi par les docteurs W_____, neurologue, et A_____, psychiatre, et par Monsieur I_____, neuropsychologue, il ressort notamment que, sur le plan neurologique, l'assurée se plaignait de la persistance de cervicalgies situées tout particulièrement au niveau de l'insertion cervico-occipitale droite, qui augmentaient aux mouvements de la nuque et l'empêchaient de se coucher sur le côté droit en raison de vertiges importants et d'une sensation de perte de connaissance imminente. En outre, elle mentionnait notamment des brachialgies droites qui apparaissaient par exemple en écrivant et en conduisant, avec une irradiation de la main vers l'épaule, se compliquant d'un endormissement ou d'une lourdeur du membre supérieur droit. Sur le plan psychique, l'assurée se plaignait d'une fatigabilité importante dans le domaine intellectuel. Elle se disait en outre excédée et irritée par la « guerre » qu'elle devait mener contre l'assureur qui refusait de prendre en charge certains traitements physiothérapeutiques. Depuis son accident, elle se sentait complètement incapable de faire même les gestes les plus simples de son ménage. Ses enfants, âgés de 30 et 28 ans, faisaient tout à la maison. Elle sortait peu, se promenait, voyait des amis.

En résumé, l'examen somatique (locomoteur et neurologique) avait révélé une limitation moyennement importante de la mobilité de la nuque, surtout en rotation, avec provocation de douleurs latéro-cervicales droites, ainsi qu'une perte de l'audition de l'oreille gauche sans relation avec le traumatisme éprouvé lors de l'accident. Pour le reste, rien n'indiquait la présence d'une atteinte structurelle du système nerveux, tant central que périphérique. La réalisation d'un nouvel écho-Doppler des vaisseaux pré-cérébraux n'avait pas révélé les anomalies constatées par le docteur V_____.

D'autre part, l'examen psychiatrique n'avait pas mis en évidence de pathologie psychique significative tel qu'un état dépressif ou anxieux manifeste. L'assurée présentait bien des traits de personnalité sous la forme d'une « névrose de caractère à traits hystériques » mais qui ne sortaient pas de la normalité. Elle se montrait très « fixée » sur ses troubles somatiques, et elle s'était installée dans une position de passivité et de dépendance à son entourage dans sa vie quotidienne. Pour le surplus, il paraissait assez évident que la chronicisation du conflit avec l'assureur ne la mettait pas dans une position favorable pour une évolution, dans le bon sens, des séquelles de son accident.

Sur le plan neuropsychologique, le schéma des troubles mnésiques et des fonctions exécutives mis en évidence au cours de l'examen apparaissait compatible avec une atteinte cérébrale temporo-frontale à prédominance sous-corticale gauche. Toutefois, les modes de réponse de l'expertisée à différentes épreuves apparaissaient peu cohérentes, voire contradictoires, les troubles constatés prenant place dans le contexte d'un comportement démonstratif, d'allure histrionique.

Au vu de ce qui précède, les experts ont retenu les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré I ou II (selon la Québec Task Force), de probable discret syndrome post-distorsion cervicale persistant surchargé d'importants facteurs psychiques expliquant l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail, et de névrose de caractère à traits hystériques (Z73.1 dans la Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement [CIM-10]).

Sur le plan somatique, il existait une discordance majeure entre le caractère objectivement mineur de l'événement accidentel et l'importance des troubles constatés ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail de l'assurée. On devait considérer que l'atteinte à la santé présentée par celle-ci ne pouvait être mise en relation de causalité probable ou certaine avec les seules conséquences de l'événement accidentel de 2001. Sur le plan psychiatrique, il n'y avait pas d'atteinte à la santé, le tableau anxio-dépressif décrit dans les années qui avaient suivi cet événement étant désormais résorbé.

En conclusion, aucune incapacité de travail n'était à déplorer sur les plans neurologique, locomoteur et psychiatrique. Sur le plan neuropsychologique, la capacité de travail de l'assurée était de 80% dans une activité d'employée de bureau adaptée à l'atteinte cognitive constatée, estimée légère à modérée, activité qui fût moins exigeante que celle d'assistante médicale exercée avant l'accident. Enfin, l'état médical définitif avait été atteint, sur le plan somatique, deux ans après cet événement, et il correspondait à une atteinte à l'intégrité de 5 à 10% toutes causes confondues.

14. Selon un rapport établi le 11 novembre 2006 par un détective mandaté par l'assureur responsabilité civile du véhicule responsable de l'accident, sur la base de surveillances effectuées depuis le 24 octobre précédent et enregistrées sur un support vidéo, l'assurée ne semblait pas avoir de difficulté pour conduire son véhicule ; pour ce faire, elle tournait sa tête sur sa gauche comme sur sa droite ; quand elle effectuait une marche arrière, elle tournait sa tête à gauche comme à droite. Elle pouvait marcher sans difficulté, et pousser un chariot même chargé de victuailles pendant un temps assez long, que ce soit dans une légère montée sur une grande distance ou sur du plat. L'assurée consacrait principalement son temps à faire ses courses ou flâner dans les magasins avec sa fille ; pour ce faire, elle pouvait se déplacer sans difficulté en utilisant des escaliers, ordinaires ou mécaniques, que ce soit en montant ou en descendant. Enfin, elle pouvait porter du bras gauche comme du bras droit, ouvrir ou fermer une portière de véhicule du bras gauche ; elle parvenait sans difficulté à saisir la ceinture de sécurité alors qu'elle était assise au volant, en tendant son bras gauche en arrière du côté gauche et elle pouvait fermer toute seule le coffre arrière en le claquant.

15. Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (IRM) établi le 27 février 2007 par le professeur B _____, l'assurée ne présentait aucune trace de lésion post-traumatique, en particulier ligamentaire, ni de dysrotation atlanto-axiale telle qu'évoquée par le passé. N'étaient constatés que des troubles dégénératifs, normaux compte tenu de l'âge de l'assurée, au niveau de C4-C5 et de C5-C6.
16. Du rapport médical établi le 30 mars 2007 par le docteur V _____, il ressort que l'examen écho-Doppler que celui-ci avait effectué le 20 février précédent montrait toujours une accélération dans la section V3 de la colonne vertébrale de l'assurée, particulièrement à droite, où les vitesses circulatoires atteignaient 99 cm/s, la résistance restant normale. Ces vitesses, tout à fait comparables à celles mesurées en décembre 2005, restaient très probablement en rapport avec la dysfonction cervicale due au traumatisme.

C'est le lieu de préciser que, par lettre adressée au docteur M _____ le 21 février 2007, le docteur V _____ avait notamment fait état de ce qui suit.

« J'ai revu ta patiente suite au rendez-vous que j'avais eu avec elle pour la composante neurologique de la demande AI.

Je te joins ma réponse afin que tu l[la] joigne[s] à ton dossier. J'avais en effet vu cette patiente avant 2000 pour des céphal[é]es, des problèmes de vertiges et une symptomatologie assez marquée par l'angoisse, je l'avais même envoyée à l'époque à la clinique Bon Port pour un suivi psychiatrique.

(...)

Par la suite, sur la base d'une dysfonction atlanto-axoïdienne probablement avec une petite lésion des ligaments [alaires] elle a développé des douleurs cervicales importantes, sous forme de névralgie surtout à droite, ces douleurs ont résisté à différent[s] traitement[s] et on[t] amené une incapacité de travail totale depuis 2004. »

17. Invité par l'assureur à compléter le rapport d'expertise au vu des avis exprimés par les docteurs V _____ et B _____, le docteur W _____ a, par lettre du 25 juin 2007, exposé que les nouveaux examens ne modifiaient en rien les conclusions prises alors. Singulièrement, le résultat de l'écho-Doppler du docteur V _____ n'était pas significatif et n'avait pas de valeur probante, ce type d'examens ne pouvant être utilisé dans le sens où l'entendait ce praticien.
18. Par décision du 25 septembre 2007, l'assureur a constaté que son obligation de prêter suite à l'accident du 27 octobre 2001 n'était plus donnée à partir du 27 octobre 2003. Il concluait au remboursement des frais médicaux indûment payés à partir de cette dernière date et déclarait renoncer au remboursement des indemnités journalières versées indûment depuis lors.

19. L'assurée s'est opposée à cette décision par mémoire du 23 octobre 2007.
20. À la demande de l'assurée, le professeur C_____, neuro-radiologue, a, le 10 décembre 2007, établi un rapport de l'IRM de tenseur de diffusion réalisée quatre jours plus tôt.

Il ressort notamment de ce document que l'imagerie montrait diverses lésions post-traumatiques, soit : une atrophie cortico-sous-corticale associée à une dilatation du sillon frontal supérieur gauche et du sillon intra-pariétal droit, une lésion sous-corticale à contours irréguliers, une atteinte séquellaire de la partie antérieure du corps du trigone sur toute sa largeur, une atteinte de la partie postérieure du corps calleux, une dilatation séquellaire de la partie toute antérieure de la corne temporale droite, une atteinte bilatérale prédominant à droite de la partie antérieure du corps des deux noyaux caudés et une raréfaction légère des fibres postéro-inférieures du faisceau arqué droit.

21. Invités par l'assureur à se prononcer sur ces nouveaux résultats, les docteurs W_____ et D_____, psychiatre au CEMED, ont, par lettre du 17 juin 2008, notamment exposé que le docteur C_____ utilisait une technique nouvelle connue sous le nom d'IRM avec l'apport de tenseurs de diffusion en 3D. Il s'agissait d'une procédure qui commençait à être présentée dans les congrès de radiologie mais qui, pour le moment, donnait des résultats que l'on ne pouvait considérer qu'hypothétiques. L'opinion générale des radiologues et neurologues en Suisse et en France était qu'il n'y avait pas eu suffisamment d'études faites selon des critères scientifiques établis pour certifier qu'une image est lésionnelle ou que la lésion est en relation avec une maladie ou un événement traumatique. En l'état des connaissances, il était admis qu'en l'absence de lésion visible à l'IRM standard, les images décrites à l'IRM avec l'apport de tenseurs de diffusion en 3D ne pouvaient être reconnues comme significatives d'une lésion. Partant, cet examen ne pouvait pas être utilisé pour démontrer des lésions qui seraient en lien de causalité naturelle avec un événement traumatique comme celui dont l'assurée avait été la victime.
22. Par décision du 16 octobre, notifiée le 17 octobre 2008, l'assureur a rejeté l'opposition du 23 octobre 2007.

En substance, il fait valoir que les reproches soulevés par l'assurée à l'encontre de la valeur probante du rapport d'expertise du 25 octobre 2006, lequel remplit toutes les exigences formelles énoncées par la jurisprudence, ne justifiait pas que l'on s'en écartât. En particulier, les techniques d'investigation employées par la suite (IRM fonctionnelle et IRM-3D) n'étaient, conformément à la jurisprudence, pas scientifiquement reconnues pour apprécier le lien de causalité naturelle entre les plaintes consécutives à un traumatisme et un événement accidentel dont les conséquences ne sont pas objectivables sur le plan organique. D'autre part,

l'utilisation de rapports de surveillance établis par un détective privé à la demande de l'assurance responsabilité civile de l'auteur d'un accident était admissible.

S'agissant du lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et le dommage subi, il y avait lieu de relever que, compte tenu de son déroulement, l'accident du 27 octobre 2001 devait être considéré comme un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. À cet égard, les critères jurisprudentiels ne revêtaient pas, dans le cas d'espèce, une intensité suffisante pour que la causalité adéquate pût être admise.

23. Par mémoire de recours adressé au Tribunal de céans le 17 novembre 2008, l'assurée a, sous suite de frais et dépens, conclu à l'annulation de ladite décision et à la condamnation de l'assureur à lui verser les prestations découlant de la loi.

À l'appui de ses conclusions, la recourante fait notamment valoir qu'il n'est pas contesté que, lors de l'accident du 27 octobre 2001, elle avait été percutée par un véhicule qui circulait à 70 km/h, qu'elle avait subi une brève perte de connaissance ainsi qu'une amnésie circonstancielle et que, dans les heures qui avaient suivi, des cervico-céphalalgies, des sensations vertigineuses puis, plus tard, des troubles de la mémoire, de la concentration et des troubles de l'audition à l'oreille gauche s'étaient manifestés. Il ressortait, notamment des diverses expertises réalisées, qu'elle avait été victime d'une entorse cervicale et qu'elle avait subi, lors du double choc, des lésions cérébrales.

Sur le plan juridique, s'agissant de troubles de la nuque reposant sur une altération structurelle du rachis cervical et de troubles neuropsychologiques qui avaient pour origine une lésion organique, la causalité adéquate devait être admise, conformément à la jurisprudence, de même que la causalité naturelle avec laquelle elle se recoupait.

24. Par mémoire adressé au Tribunal de céans dans le délai imparti puis prolongé, soit le 4 février 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Outre l'argumentation développée dans la décision du 16 octobre précédent, elle expose qu'au vu de divers rapports médicaux, la recourante souffrait de troubles anxieux avec céphalées et cervicalgies, ainsi que d'affections ophtalmologiques et auditives, dès avant l'accident du 27 octobre 2001.

D'autre part, il ressortait du rapport de police du 14 novembre 2001 que l'auteur de l'accident circulait à environ 50 km/h, et non à 70 km/h comme le soutenait la recourante. Ce document ne faisait pas davantage état d'une perte de connaissance ou d'une amnésie circonstancielle, qui apparaissaient pour la première fois dans le rapport établi le 14 janvier 2002 par le docteur O_____, ou de plaies aux deux coudes qui n'apparaissaient que dix mois plus tard sous la plume du docteur Q_____.

25. Par mémoire de réplique adressé au Tribunal le 1^{er} avril 2009, la recourante a notamment contesté les faits retenus par l'intimée. En particulier, elle fait valoir que l'un des gendarmes présents sur les lieux de l'accident lui avait confirmé que l'automobiliste responsable roulait à une vitesse d'au moins 70 km/h, eu égard à la violence du choc qui avait entraîné une cascade de collisions, au point que la passagère du dernier véhicule percuté avait dû, comme elle-même, être prise en charge par les ambulanciers. Pour le surplus, comme le montrait un exposé présenté à Vierzon par le docteur C_____ le 6 février 2009, différentes descriptions de cas avaient montré que l'imagerie du tenseur de diffusion permettait de représenter des lésions au niveau des gaines de myéline qu'une pondération T2 ne mettait pas en évidence, de sorte qu'il convenait de partir du principe que cette méthode pouvait avoir son importance dans l'imagerie après des lésions cérébrales traumatiques.

Eu égard à l'importante documentation produite, il était manifeste qu'elle avait été victime, lors de l'accident, d'un traumatisme cranio-cérébral et non d'une simple distorsion cervicale. Les lésions qu'elle présentait étaient bel et bien des lésions organiques, de sorte que la causalité adéquate se recoupaient purement et simplement avec la causalité naturelle.

26. Par mémoire de duplique du 27 mai 2009, l'intimée a confirmé la teneur de ses précédentes écritures et relevé, en outre, que l'examen réalisé par le docteur C_____ avait été effectué plus de six ans après l'accident. En raison du temps écoulé, les résultats obtenus permettaient au plus une hypothèse possible. Sur la base du dossier médical et des examens radiologiques scientifiquement reconnus, la présence d'une atteinte organique était exclue. En conclusion, le recours devait être rejeté, avec suite de frais et dépens.

27. Sur quoi, la cause a été gardée à juger le 28 mai 2009.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1^{er} let. a ch. 5 de la loi genevoise du 22 novembre 1941 sur l'organisation judiciaire, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accident (LAA ; RS 832.20).

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

2. À teneur de l'art. 1^{er} al. 1^{er} LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents à moins que la LAA n'y déroge expressément.

3. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 38 et 56 ss LPGA), le recours déposé à l'office postal le 17 novembre 2008 conformément à l'art. 39 al. 1^{er} LPGA est recevable.
4. Le litige porte sur l'étendue du droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents.
5. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge 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 rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À 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, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 (ATF 125 V précité consid. 3b/bb).

Cela étant, une méthode diagnostique médicale doit être reconnue scientifiquement pour que ses résultats constituent un fondement fiable pour statuer. Une méthode d'examen est considérée comme éprouvée par la science médicale si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens, tel n'étant par exemple pas le cas de l'IRM fonctionnelle (ATF 134 V 231 consid. 5).

Le juge peut en outre 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.

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 précité consid. 3b/bb et cc).

En l'espèce, les expertises rhumatologique et multidisciplinaire des 29 octobre 2002 et 25 octobre 2006 ne prêtent pas le flanc à la critique (voir également le considérant 6a ci-dessous en ce qui concerne l'expertise multidisciplinaire) : elles ont été réalisées sur la base d'études et d'exams spécialisés variés et complets, les plaintes exprimées par la recourante ayant dûment été prises en compte ; les rapports en ont été établis en pleine connaissance du dossier, la description des interférences médicales a fait l'objet d'un commentaire et les conclusions des experts sont bien motivées ; pour le surplus, les avis ainsi exprimés ne contiennent pas de contradictions, et aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé.

Sans remettre en cause leur valeur probante, il convient de relever que les rapports médicaux établis au cours de la procédure administrative par les docteur N_____, O_____, de P_____, R_____, S_____, T_____, U_____, V_____ et B_____ portaient sur des questions spécifiques, suscitées essentiellement par les plaintes de la recourante, et que les conclusions auxquelles ces rapports aboutissent offrent par conséquent une représentation partielle de l'état de santé de l'intéressée, dont seule l'expertise du 25 octobre 2006 était propre à synthétiser les éléments pertinents.

Au vu des principes rappelés plus haut, il apparaît en outre que le rapport de l'imagerie réalisée par le docteur C_____ ne saurait se voir reconnaître une pleine valeur probante, dans la mesure où, de l'avis de nombreux spécialistes, l'IRM de tenseur de diffusion est inapte à fournir, sinon la certitude de l'existence d'une lésion invisible à l'usage d'autres moyens, du moins une certitude suffisante au sujet des causes probables d'une telle lésion. À cela s'ajoute que ce praticien a procédé à l'examen de la recourante en décembre 2007, de sorte qu'en toute hypothèse, quels qu'eussent été les moyens mis en œuvre, les résultats portant sur les conséquences vraisemblables d'un traumatisme subi six ans plus tôt étaient fortement sujets à caution.

Enfin, les avis médicaux du docteur M_____ ne sauraient se voir reconnaître une pleine valeur probante dès lors qu'en sa qualité de médecin traitant de la recourante, ce praticien pouvait être amené à accorder un crédit excessif aux déclarations de sa patiente, comme semble le montrer la discordance très nette qui apparaît entre, d'une part, la représentation qu'il donne de l'état de santé de celle-ci et, d'autre part, le résultat de la surveillance requise par l'assureur responsabilité civile.

6. L'assurance-accidents est en principe tenue d'allouer ses prestations en cas d'accident professionnel ou non professionnel (art. 6 al. 1^{er} 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, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 404 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1 et les références citées).

En l'espèce, il n'est ni contesté ni contestable que la double collision subie par le véhicule dans lequel la recourante avait pris place le 27 octobre 2001 constitue un événement extérieur extraordinaire propre à causer une atteinte dommageable, soudaine et involontaire, à la santé de celle-ci.

- a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte dommageable 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 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). Autrement dit, il n'existe pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Relevons en outre que si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de

causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; RAMA 1992 n. U 142 p. 75, consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

En matière de lésions du 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 têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1, 117 V 359 consid. 4b).

À cet égard, le Tribunal fédéral a précisé sa jurisprudence dans un ATF 134 V 109. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentées de la manière la plus précise possible ; ainsi, il y a lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur (par exemple à l'aide du questionnaire préparé par l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération cranio-cervical). Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération cranio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement. Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident. Précisément, une

telle mesure d'instruction doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique, orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle devra être complétée par un examen oto-neurologique, ophtalmologique ou autre. L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9).

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA du 9 septembre 1999, U 355/98 consid. 2, publié in RAMA 2000 n. U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible d'établir, dans le cadre de la maxime inquisitoire et sur la base d'une appréciation des preuves, un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références citées). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être rapportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est désormais en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATFA non publié du 10 mai 2007, U 172/06 consid. 6 et les références citées).

Enfin, on relèvera qu'il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c).

- b) Le lien de causalité adéquate est en revanche une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références).

En l'absence d'un substrat organique, l'examen de la causalité adéquate entre un accident assuré et des troubles à l'origine d'une incapacité de travail ou de gain

repose sur une classification des accidents en trois catégories (accidents de peu de gravité, accidents de gravité moyenne, accidents graves).

Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions, étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme cranio-cérébral ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée qu'en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et aux complications importantes ;
- et, enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail. À ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît, d'un point de vue médical, comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire se peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas

échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminante non pas la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Ces critères ne doivent pas tous être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa).

7. En l'espèce, il a été établi que, suite à l'accident, la recourante présentait une entorse cervicale et une plaie au cuir chevelu, laquelle indiquait, selon toute vraisemblance, qu'outre la distorsion due à l'accélération de son véhicule vers l'avant puis vers l'arrière et les contusions à l'épaule et à la clavicule possiblement dues au port de la ceinture de sécurité, l'intéressée a subi un choc à la tête. Il a également été établi que la recourante souffrait des céphalées, nausées, vertiges et troubles de l'audition diagnostiqués par le médecin traitant dès avant ce fâcheux événement. Force est en outre de constater que, dans les premières semaines qui ont suivi, tous les médecins consultés s'accordaient à considérer que les conséquences de l'accident sur l'état de santé de la recourante seraient de courte durée.

En janvier 2002, le docteur O _____, dont le pronostic était par ailleurs très favorable, a évoqué la présence d'un traumatisme cranio-cérébral et la possibilité d'une brève perte de connaissance. Le syndrome post-traumatique, diagnostiqué sur la base d'un électroencéphalogramme dont le tracé était légèrement déstructuré, mal spatialisé et présentait une abondance de rythmes de type musculaire, pouvait expliquer les céphalées, les troubles de la concentration et de la mémoire et les vertiges dont la recourante se plaignait. L'indication de ce praticien, selon laquelle la recourante n'avait jamais souffert de céphalées auparavant, montre cependant que l'anamnèse recueillie par ses soins comportait d'importantes lacunes. En mai 2002, le docteur de P _____ a pour sa part évoqué pour la première fois une pathologie ligamentaire, laquelle n'a pas été confirmée par la suite.

Jusque et y compris l'expertise réalisée par le docteur Q _____ une année après l'accident, laquelle évoque pour la première fois un état dépressif, il apparaît donc que l'état de santé de la recourante ne suscitait pas de craintes particulières et que, moyennant un repos suffisant et une médication antalgique que celle-ci n'était pas disposée à prendre, l'évolution de la situation était placée sous les meilleurs auspices.

C'est encore le lieu de relever qu'au moment de l'accident, la recourante venait d'apprendre que son contrat de travail était résilié. À la lecture du dossier médical,

il apparaît que cette situation n'a pas été sans conséquences sur l'importance et la durée qu'elle accordait aux troubles alors éprouvés. Quoi qu'il en soit, il s'impose de constater que les très nombreux avis médicaux recueillis auprès de divers spécialistes suite à l'expertise du docteur Q_____ ne fournissaient, sur le plan clinique, que des hypothèses largement inspirées par les seules plaintes de la recourante, de sorte qu'il se justifiait de procéder à l'expertise multidisciplinaire requise en 2006.

Ainsi qu'il a déjà été dit, le rapport d'expertise du 25 octobre 2006 n'est pas critiquable sur le plan formel. À cela s'ajoute que les constatations rapportées émanent de spécialistes neurologue, psychiatre et neuropsychologue informés des résultats obtenus par leurs confrères radiologue et oto-rhino-laryngologue. Les circonstances et le déroulement de l'accident et les douleurs dont se plaignait la recourante sont documentés de manière précise et ils sont examinés de manière critique. Enfin, les experts ont posé des diagnostics différentiels entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique. Il n'y a donc pas lieu de s'écarter de leurs conclusions.

Ainsi, sur le plan somatique, il convient de retenir que le dommage causé par les cervicalgies, voire les brachialgies, éprouvées par la recourante ne se seraient pas produites du tout, ou en tout cas ne serait pas survenues de la même manière, sans la double collision du 27 octobre 2001 qui se présente donc bien comme la condition sine qua non de leur survenance. Force est en revanche de constater qu'il n'en va pas de même en ce qui concerne l'éventuelle incapacité de travail due à la survenance de céphalées, de vertiges ou de troubles de l'audition, dont la preuve de l'augmentation en raison de l'accident n'a nullement été rapportée. Pour le surplus, les indices en faveur d'une lésion post-traumatique, notamment neurologique, n'emportent pas la conviction.

Sur le plan psychiatrique, il n'est pas contesté que la recourante n'a subi aucun dommage. Quant à la composante neuropsychologique, l'examen approfondi pratiqué par les experts a montré que si les troubles mnésiques et des fonctions exécutives constatés paraissaient compatibles avec une atteinte cérébrale, les résultats incohérents et contradictoires obtenus étaient vraisemblablement à mettre sur le compte du comportement démonstratif, d'allure histrionique, de la recourante. Cette opinion a été confirmée par les documents recueillis au cours de la surveillance opérée peu avant et après l'expertise, qui montrent que, contrairement à ce que soutient la recourante, elle n'éprouvait alors aucune difficulté à effectuer normalement des activités ordinaires telles que faire son marché ou conduire une automobile en toute sécurité.

Au vu de ce qui précède, il s'impose de considérer avec les experts que, sur le plan somatique, le statu quo ante ou, à tout le moins, le statu quo sine, a été retrouvé deux ans après l'accident, soit à fin octobre 2003. Sur le plan neuropsychologique,

l'atteinte cognitive, jugée légère à modérée, de même que la surcharge de facteurs psychiques constatée, qui correspondaient, toutes causes confondues, à une atteinte à l'intégrité de 5 à 10%, peuvent certes constituer un dommage résiduel, mais rien n'indique qu'elles sont, directement ou indirectement, une conséquence de l'accident du 27 octobre 2001. Partant, le lien de causalité naturelle entre ce dommage et l'événement dommageable paraît, à tout le moins, fort ténu.

Au vu des critères rappelés plus haut en ce qui concerne le lien de causalité adéquate, il sied de relever que l'examen du dossier, et notamment les éléments recueillis par la police et par le bureau d'expertises automobiles, ne laisse pas apparaître que l'accident aurait eu un caractère particulièrement impressionnant ou que des circonstances concomitantes aient été particulièrement dramatiques. Le tableau clinique typique relevé par les médecins consultés ne laisse pas davantage apparaître une gravité particulière ou des complications importantes, et rien n'indique que des traitements continus spécifiques et lourds aient été prescrits. Compte tenu de ce qui a déjà été dit, la crédibilité des douleurs alléguées par la recourante en regard de l'atteinte qu'elles occasionnaient réellement sur la vie de tous les jours est en outre pour le moins douteuse. Enfin, force est de constater que la recourante n'a pas fait montre de la volonté d'entreprendre tout ce qui était possible et exigible pour reprendre une activité professionnelle. Il découle de là que, même à considérer que l'accident dont elle a été la victime était de gravité moyenne, les critères qui permettent de retenir l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable et le dommage subi ne sont pas réalisés.

En conséquence, c'est à bon droit que l'assureur-accidents a nié le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents à compter du 28 octobre 2003.

8. Enfin, les parties n'ayant pas agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté, et la recourante n'ayant pas obtenu gain de cause, la procédure est gratuite (art. 61 let. a et g LPGA).

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties 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 du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF ; RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Le Président suppléant

Florence SCHMUTZ

Georges ZUFFEREY

Le secrétaire-juriste : Olivier TSCHERRIG

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