

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1408/2004

ATAS/561/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 3

du 24 mai 2007

En la cause

Madame P _____, domiciliée , 1209 GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître HERREN Antoine

recourante

contre

ZURICH ASSURANCES, domiciliée Route de Chavanne 35 à
1001 Lausanne, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître GABUS Pierre

intimée

**Siégeant : Karine STECK, Présidente, Christine KOEPEL et Olivier LEVY,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame P _____, employée par la fondation X _____, est assurée par son employeur pour le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de LA GENEVOISE, COMPAGNIE GENERALE D'ASSURANCES.
2. Le 10 avril 2001, l'employeur de l'assurée a informé l'assurance que son employée s'était fait percuter le jour même alors qu'elle se trouvait dans son véhicule, à l'arrêt, à un feu rouge.
3. Le jour même de l'accident, l'assurée a consulté le Dr A _____. Ce dernier, dans son rapport du 21 avril 2001, a constaté une raideur de la colonne cervicale et une limitation de mouvements sans lésion osseuse. Il a posé le diagnostic de "coup du lapin" après accident de voiture sans ceinture de sécurité et attesté d'une totale incapacité de travail.
4. Dans un questionnaire complémentaire pour traumatismes cervicaux qui lui avait adressé l'assurance, le Dr A _____ a précisé que la position de la tête avait été neutre, que l'accidentée avait été surprise par la collision et que le mécanisme avait été sans impact de la tête. Au nombre des plaintes subjectives, le médecin traitant a mentionné des céphalées frontales et occipitales, des cervicalgies spontanées du côté gauche, des irradiations dans les bras, des troubles de la sensibilité des épaules, des bras et des mains et une diminution de la mobilité cervicale de 80%. Il a également souligné que l'assurée avait souffert de vertiges après l'accident.
5. LA GENEVOISE a pris en charge les frais de traitement et versé des indemnités journalières correspondant à une totale incapacité de travail jusqu'au 27 avril 2001 puis à une incapacité de 50% du 3 mai 2001 au 31 décembre 2003 avec une réduction à 30% pendant une courte période.
6. Le 25 octobre 2002, le Dr B _____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, a rendu un rapport d'expertise à la demande de LA GENEVOISE. Il a retenu dans l'anamnèse que l'assurée n'avait pas perdu connaissance mais qu'elle avait eu une absence de quelques secondes et qu'elle a immédiatement ressenti des douleurs cervicales et lombaires et quelques vertiges non rotatoires. Une raideur cervicale importante a été constatée par son médecin, principalement dans les rotations, surtout à gauche. Là encore, il a été fait mention de vertiges et d'une hypoesthésie de l'épaule et du bras gauches.

L'expert a mentionné que la patiente se plaignait de cervico-dorso-lombalgies chroniques avec épisodes aigus. Ces douleurs diminuaient avec le repos et la marche lente. Il n'y avait pas de baisse de force ou de sensibilité. Il a relevé que la patiente se sentait très vite fatiguée et avait parfois de la peine à se concentrer. Les dorsolombalgies étaient constantes.

L'expert a retenu les diagnostics suivants : troubles associés à l'entorse cervicale de stade II avec céphalées et nausées associées, lésion du ligament alaire droit très probable et hépatite C. Il a mentionné que l'examen clinique avait mis en évidence une très probable lésion du ligament alaire droit, lésion dont il a indiqué qu'elle était extrêmement difficile à mettre en évidence par des examens radiologiques. L'expert a estimé que les troubles constatés étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident et que l'assurée ne pouvait reprendre son activité de secrétaire à plus de 50%.

L'expert a encore précisé que l'accident avait provoqué un mécanisme de whiplash qui, au vu de l'examen clinique, a entraîné une lésion ligamentaire de la charnière cervico-occipitale, avec comme conséquence des cervicalgies chroniques et des céphalées. Il a indiqué qu'il existait certes des troubles dégénératifs cervicaux débutants mais qui n'avaient aucune expression clinique, ni avant ni après l'accident. Il a considéré comme "hautement vraisemblable" que le trouble fonctionnel soit une conséquence de l'accident, ajoutant qu'aucun facteur extérieur n'avait été mis en évidence qui pourrait influencer l'évolution de la symptomatologie douloureuse. Enfin, il a estimé que les cervicalgies chroniques pouvaient justifier une atteinte à l'intégrité de 5%.

7. Le 15 mai 2003, le Dr C _____, spécialiste FMH en neurologie, a également rendu un rapport d'expertise.

La patiente continuait alors à se plaindre de douleurs cervicales bilatérales, décrites comme des brûlures, diffusant aux épaules, aux membres supérieurs et dans la région dorsale. Les douleurs étaient aggravées par les mouvements de la tête ou le port d'un sac ou encore par le travail sur ordinateur. Elle a également mentionné des céphalées, survenant deux à trois fois par semaine, et des lombalgies épisodiques, de la fatigue et des réveils précoces.

L'expert a posé le diagnostic de cervicalgie post-traumatique, suite à un mécanisme d'accélération cranio-cervicale.

Il a indiqué que les douleurs et la limitation des mouvements cervicaux ne prouvaient pas à elles seules une lésion structurelle. Il a cependant relevé qu'il n'existait pas de critère spécifique pour l'état après un traumatisme d'accélération crani-cervicale.

L'expert a retenu un lien de causalité au motif qu'aucun épisode de cervicalgie n'avait été mentionné avant l'accident. Il a précisé que l'on ne pouvait cependant pas écarter l'existence de facteurs extra-traumatiques pouvant jouer un rôle dans la mauvaise évolution des douleurs. Il a proposé à cet égard de procéder à des infiltrations des articulations pour préciser la relation de causalité, précisant que le taux de l'atteinte à l'intégrité ne pourrait être fixé précisément qu'ensuite.

-
8. Monsieur F _____ s'est livré en date du 3 juin 2003 à une analyse technique de l'accident. Aux termes de son analyse, il est parvenu à la conclusion que le véhicule de Monsieur K _____ avait heurté l'arrière de celui de l'assurée à une vitesse relative de 10,3 à 16,7 km/h et que, suite à ce choc, le véhicule de l'assurée avait subi une différence de vitesse Δv se situant entre 6,5 et 11,5 km/h. Pour ce faire, Monsieur F _____ s'est basé sur les photos des véhicules, les factures de réparation, le rapport de l'inspecteur des sinistres et les déclarations de Monsieur K _____. De la facture de ce dernier, il a retenu qu'il avait fallu remplacer le phare et le feu de position avant gauche et redresser la jupe avant. Quant à la voiture de l'assurée, il apparaît que la partie centrale et droite du pare-chocs a été rayée et légèrement déformée, la tôle arrière et le plancher de coffre légèrement enfoncés, le bord inférieur du hayon rayé et légèrement plié, le pot d'échappement endommagé. Monsieur F _____ a établi la position d'impact entre les véhicules approximativement en fonction de l'étendue des traces de contact sur le pare-chocs arrière de l'assurée. Du fait que le pare-chocs arrière était rayé jusqu'en bas, il a conclu que Monsieur K _____ avait vraisemblablement freiné au moment du choc. La vitesse de collision a été déterminée sur la base des dommages au véhicules, par le biais d'un programme informatique, en fonction de la quantité d'énergie absorbée par les véhicules et des coefficients de rigidité de leurs structure et profondeur de déformation. En l'occurrence, Monsieur F _____ a donc basé son calcul sur les valeurs de déformation des deux voitures.
9. Le 23 septembre 2003, le Dr D _____, spécialiste FMH en neurologie a rendu à son tour un rapport d'expertise, à la demande du conseil de l'assurée.

Il a conclu que l'accident avait occasionné une distorsion cervicale simple sans évidence de choc direct. Dans les suites immédiates et différées de l'accident, la patiente a développé un tableau tout à fait classique de syndrome après distorsion cervicale avec cervico-céphalalgies, brachialgies gauches et quelques sensations vertigineuses. Le médecin a estimé que la persistance de plaintes deux ans après une distorsion cervicale n'était pas rare, pas contre, la persistance d'une incapacité de travail de 50% plus de deux ans après l'évènement accidentel était un élément plus rare, ne concernant qu'une faible proportion des patients victimes d'une distorsion cervicale. C'est la raison pour laquelle le Dr D _____ a rejoint l'opinion des Drs C _____ et B _____ quant à d'éventuels éléments étrangers à l'accident. Il a relevé que l'assurée n'avait pas eu de cervicalgies préalables et ne donnait pas l'impression d'amplifier ses plaintes. Il a noté des altérations dégénératives disco-vertébrales aux examens radiologiques pratiqués mais a ajouté qu'elles étaient relativement modérées, habituelles pour l'âge de la patiente et ne semblaient pas avoir été symptomatiques avant l'accident. En conséquence, il n'a pas réussi à mettre en évidence d'éléments étrangers à l'accident pouvant être considérés comme jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas. Il a jugé que la persistance des douleurs s'expliquait vraisemblablement par une tendomyogéllose cervico-scapulaire bilatérale, mise en évidence à l'examen clinique

et que l'entretien de la douleur s'expliquait par le fait que la contracture musculaire entraînait une mise sous tension chronique des insertions tendineuses qui elles-mêmes devenaient douloureuses, entraînant une aggravation de la crispation musculaire antalgique réactionnelle laquelle aggravait à son tour la surcharge tendineuse.

S'agissant du lien de causalité entre les plaintes et l'accident, le médecin a exclu tout facteur étranger clairement identifiable et a conclu à une causalité naturelle.

Il a conclu qu'il paraissait néanmoins difficile d'expliquer l'importance de l'incapacité de travail (50%) par les conséquences de l'accident, indiquant que l'évolution du cas aurait dû être suffisamment favorable pour permettre une reprise de la capacité de travail complète au maximum un an après l'accident.

10. Par décision du 15 décembre 2003, la GENEVOISE a mis fin au versement de ses prestations avec effet au 31 décembre 2003. Elle a motivé son refus de continuer à verser des prestations par l'inexistence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles de la santé de l'assurée. A noter que la question de la causalité naturelle, admise par deux experts médicaux, n'a pas été contestée. Cette décision a été notifiée à INTRAS, caisse maladie, par courrier du 9 février 2004.
11. Le 16 janvier 2004, l'assurée a formé opposition à cette décision en alléguant tout d'abord que l'analyse technique de l'ingénieur F_____ était incomplète (dans la mesure où elle ne se basait que sur des photos et les factures de réparation des véhicules) et ne tenait pas compte de la gravité effective de l'accident. Elle a par ailleurs reproché à l'assurance de n'avoir pas pris en compte les expertises des Drs B_____ et D_____. Enfin, elle a fait valoir que l'expertise du Dr C_____ était inexacte dans la mesure où l'accident y a été qualifié de peu grave et où elle omet de mentionner les vertiges.
12. INTRAS n'a pour sa part pas contesté la décision de l'assurance.
13. Entre-temps, par décision du 9 janvier 2004, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité a octroyé à l'assurée une demi-rente avec effet au 1^{er} avril 2002.
14. Par décision sur opposition du 6 avril 2004, ZURICH - agissant pour LA GENEVOISE - a confirmé la décision du 15 décembre 2003.

L'assurance a considéré que l'expertise du Dr C_____ répondait aux critères posés par la jurisprudence et devait donc se voir reconnaître une pleine valeur probante, tout comme celle du Dr D_____. L'assurance a fait remarquer que le dossier comportait ainsi trois expertises médicales valables.

Elle a relevé que la qualification de l'accident de type "coup du lapin" était unanimement reconnue par les trois experts de même que les plaintes constatées

(cervico-dorso-lombalgies chroniques avec épisodes aigus, douleurs cervicales ressenties comme brûlures irradiant parfois dans un bras, fatigue accrue, douleurs aggravées durant l'activité professionnelle et par certains mouvements, céphalées associées à des nausées et céphalées temporales et nasales intermittentes plusieurs fois par semaine).

S'agissant des diagnostics liés à l'accident, l'assurance a rappelé qu'ils étaient les suivants : troubles associés à l'entorse cervicale de stade II avec céphalées et nausées associées (Dr B _____), cervicalgies post-traumatiques suite à un traumatisme d'accélération crânio-cervical (Dr C _____), distorsion cervicale simple de degré II sans évidence de choc direct tant crânien qu'à un autre niveau (Dr D _____).

Il a été souligné qu'aucun des experts n'avait fait mention d'une lésion osseuse, d'un déficit neurologique ou d'un état dépressif mais qu'en revanche, ils avaient tous retenu l'existence d'un état dégénératif sous forme d'une cervicarthrose C4-C7, de légères discopathies (Drs B _____, C _____ et D _____), d'une cyphose (Drs B _____ et C _____), d'une légère scoliose (Drs B _____ et D _____) et d'une uncarthrose (Drs B _____ et C _____).

L'assurance a souligné que si, dans son expertise du 25 octobre 2002, le Dr B _____ avait fait mention d'un soupçon d'une lésion du ligament alaire droit extrêmement difficile à mettre en évidence par des examens radiologiques, ce soupçon n'avait été confirmé ni par le Dr C _____ ni par le Dr D _____, lesquels n'ont pas constaté de lésion post-traumatique évidente; le Dr D _____ a expliqué la persistance des douleurs par une tendomyogélose cervico-scapulaire bilatérale. En conséquence, l'assurance, considérant que seul le Dr B _____ avait émis un soupçon dont il avait lui-même admis qu'il était impossible de le mettre en évidence, l'a écarté.

L'assurance a également relevé que les avis des experts divergeaient quant au rôle et à l'influence de l'état préexistant : tandis que les Drs B _____ et D _____ sont d'avis qu'il ne peut expliquer les douleurs, le Dr C _____ a estimé que l'existence de facteurs extra-traumatiques pouvant jouer un rôle dans la mauvaise évolution des douleurs ne pouvait être écartée. La question de la causalité naturelle a cependant été laissée ouverte.

S'agissant de l'existence d'un lien de causalité adéquate, l'assurance a retenu l'existence d'un accident type "coup du lapin" sans prédominance de l'aspect psychique et a donc examiné la question selon les critères cités par le TFA dans son arrêt 117 V 359.

Quant à la classification de l'accident, l'assurance expose que l'expertise technique qu'elle a prise en compte, bien qu'elle ne se base ni sur un rapport de police ni sur

l'audition des intervenants, permet néanmoins de déterminer la différence de vitesse (delta-v), laquelle est une valeur purement technique qui s'effectue en première ligne sur la base des photos documentant le dommage objectif aux voitures et des factures de réparation de ces dernières. Ces documents permettent à l'expert de reconstruire l'accident grâce à une programme informatique et de calculer la vitesse hypothétique des voitures, reconstruction technique qui a été admise par le TFA (arrêt U 371/702 du 4 septembre 2003). Qui plus est, dans le cas concret, l'expert disposait des descriptions des faits de Monsieur K_____ (auteur de l'accident) et de l'assurée. L'assurance a ajouté que le fait que l'assurée n'ait pas appelé la police après l'accident était un indice supplémentaire que, selon son sentiment subjectif, l'accident n'était pas très grave. Du fait que la voiture de l'assurée a subi une différence de vitesse se situant entre 6,5 et 11,5 km/h, l'assurance a tiré la conclusion que l'accident devait être classé dans la catégorie des accidents de peu de gravité, au pire dans la catégorie inférieure des accidents de gravité moyenne.

L'assurance a considéré par ailleurs que les circonstances de l'accident ne pouvaient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes, que les lésions subies n'étaient pas particulièrement graves, qu'il n'avait été question ni d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ni de difficultés apparues au cours de la guérison, que le traitement médical s'était limité à des consultations du médecin traitant qui a prescrit plusieurs séances de physiothérapie, d'ostéopathie, de vitalogie et de chiropratique, que l'assurée n'a pas séjourné dans une clinique spécialisée ni consulté de spécialistes - à l'exception d'un chiropraticien - et que dans ces conditions, on ne pouvait parler d'un traitement médical intensif et de longue durée. Quant au critère relatifs aux douleurs persistantes, l'assurance a fait remarquer que les experts parlaient de cervicalgies et de dorso-lombalgies chroniques s'accroissant lors de certains travaux, que ces douleurs semblaient effectivement persister mais s'affaiblir lors des périodes de repos, que les céphalées ne semblaient pas se manifester tout le temps, que le sommeil était bon selon le Dr B_____ alors que le Dr C_____ évoquait des troubles du sommeil. Dès lors, l'assurance a considéré comme discutable que ce critère soit considéré comme rempli.

Enfin, l'assurance a ajouté que le degré d'incapacité de travail de 50% ne s'expliquait pas pour tous les experts : le Dr B_____ et le Dr A_____ semblaient l'accepter alors que le Dr D_____ éprouvait quelques difficultés à expliquer l'importance de ce taux d'incapacité de travail et que le Dr C_____ considérait que, trois ans après l'accident, des facteurs extra-traumatiques en étaient responsables.

Considérant qu'au maximum deux critères sur sept étaient remplis, l'assurance a conclu à l'inexistence d'un lien de causalité adéquate.

15. Le 5 juillet 2004, l'assurée a interjeté recours contre cette décision. Elle a notamment conclu à l'annulation de la décision du 6 avril 2004, à l'octroi de prestations LAA, à ce que lui soit remboursé le coût de l'expertise du Dr D_____ et à ce que soit mise sur pied une expertise par un "spécialiste neutre".

La recourante a d'abord fait remarquer que ZURICH était également l'assureur responsabilité civile de l'automobiliste qui avait causé son accident et que son objectivité pouvait donc être sujette à contestation.

Par ailleurs, elle a demandé que soient produites toutes les pièces du dossier, et notamment le rapport de Monsieur F_____.

L'assurée allègue que dans son constat amiable, elle a immédiatement annoncé des douleurs à la nuque, qu'un témoin, Madame C1_____, n'a jamais été entendue, et que son propre véhicule était à l'arrêt. Elle a ajouté que le carrossier, Monsieur BINGGELI, a émis l'avis que le choc aurait été celui d'un véhicule roulant à quelque 40 km/h et que les dégâts étaient loin d'être insignifiants. Elle conteste que le fait qu'elle n'ait pas appelé la police soit un indice permettant de confirmer que selon son sentiment subjectif, l'accident n'était pas très grave, alléguant à cet égard que c'est le père du jeune homme, passager de ce dernier qui l'a suppliée de ne pas appeler la police pour éviter à son fils des problèmes de contravention et de retrait de permis de conduire. La recourante soutient que son accident doit être qualifié de grave, compte tenu de la violence du choc. Concernant l'accident, la recourante affirme qu'elle était la sixième et dernière d'une file de voitures qui étaient arrêtées au feu rouge et non la première de la file, comme le soutient l'auteur de l'accident. Elle allègue avoir dû perdre connaissance quelques instants car lorsqu'elle a repris ses esprits, les voitures qui la précédaient avaient disparu. Selon ses dires, le jeune homme auteur de l'accident n'aurait pas même quitté son véhicule.

La recourante allègue que les séquelles de l'accident sont présentes aujourd'hui encore et demande leur prise en charge par l'assurance.

Elle relève que le Dr B_____ a conclu à la relation de causalité naturelle avec l'accident et au fait qu'elle ne peut reprendre son activité à plus de 50%, que le Dr C_____ a omis de parler de ses vertiges et a également admis un lien de causalité avec l'accident. Elle s'étonne du fait qu'après avoir simplement évoqué la possibilité, dans son premier rapport, que des éléments extra-traumatiques puissent jouer un rôle, le Dr C_____ ait conclu, dans son second rapport, qu'ils étaient responsables à hauteur de 50% environ de sa symptomatologie. Elle estime que son estimation a été influencée par une version des faits erronée. Elle conteste le rapport du technicien F_____ au motif qu'il est opaque et repose sur des éléments de fait lacunaires.

Elle se réfère au rapport du Dr D_____ qui a admis le lien de causalité naturelle et exclut l'influence de facteurs étrangers à l'accident.

16. Par courrier du 16 août 2004, LA GENEVOISE a expliqué qu'un contrat de collaboration avait été conclu en date du 20 décembre 2000 entre elle et ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES, confiant à cette dernière le mandat de gérer les cas LAA pour LA GENEVOISE.
17. Dans sa réponse du 4 octobre 2004, l'assureur a fait remarquer que ZURICH n'était pas partie à la présente procédure. Il explique que, suite au regroupement des activités des deux assureurs, le service juridique de ZURICH a reçu mandat de représenter LA GENEVOISE et de traiter les décisions sur opposition en son nom, et que le TFA a d'ailleurs avalisé cette pratique. Les deux sociétés ayant des personnalités juridiques distinctes, ZURICH n'agit qu'en tant que représentante de LA GENEVOISE. Quant au fond, l'assurance a conclu au rejet du recours.

S'agissant de la causalité naturelle, l'assurance a conclu que les conditions permettant de conclure à un accident de type "coup du lapin" n'étaient pas réunies dans la mesure où le Dr A _____ n'avait pas fait état de vertiges, ni de nausées ou encore de troubles de la mémoire ou de la vision juste après l'accident mais seulement de raideur et de douleurs musculaires et que seuls des antalgiques, des séances de physiothérapie et d'ostéopathie avaient été prescrits, sans que l'assurée soit hospitalisée. Au surplus, l'assurance a relevé que les trois experts avaient fait état de facteurs extérieurs à l'accident. Il en a tiré la conclusion que si l'existence d'un lien de causalité naturelle était possible, elle n'était pas hautement probable.

L'assurance a par ailleurs nié l'existence d'un lien de causalité adéquate en reprenant les arguments déjà développés dans la décision sur opposition.

Enfin, elle a fait valoir que les frais d'expertise privée ne peuvent être remboursés que si l'assureur a ordonné l'expertise ou si cette dernière s'est révélée indispensable à l'appréciation du cas, ce que l'assurance a exclu en l'occurrence.

18. Dans sa réplique du 15 novembre 2004, la recourante, après avoir pris connaissance du dossier LAA, a maintenu sa position. Constatant que les versions des différents protagonistes quant à la violence de l'impact divergeaient grandement, la recourante a demandé à pouvoir déposer une liste de témoins. Elle a enfin conclu à la mise sur pied d'une nouvelle expertise.
19. Dans sa duplique du 17 décembre 2004, l'intimée a informé le Tribunal de ce que LA GENEVOISE COMPAGNIE GÉNÉRALE D'ASSURANCES avait fusionné ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES et que LA GENEVOISE n'avait désormais plus d'existence juridique propre. Elle fait remarquer que seules les mesures d'instruction destinées à établir le lien de causalité avec l'accident doivent être ordonnées et qu'en l'état, trois expertises avaient déjà été versées au dossier sur ce point.

20. Par courrier du 2 mars 2006, le conseil de la recourante a demandé que soient entendus à titre de témoins : la Dresse E_____, le Dr F_____, et Monsieur K_____- (auteur de l'accident). Il a en revanche renoncé à l'audition du Dr A_____.

21. Par courrier du 7 avril 2006, la recourante a en outre produit trois rapports médicaux établis par le Dr. F_____, médecin adjoint au service de neurologie des "établissement hospitalier" :

- Le premier a été établi en date du 13 avril 2005. Il ressort de l'anamnèse que la patiente ne semblait pas avoir de douleurs cervicales et dorsales avant son accident. Sur le plan cervical, le problème majeur est la présence d'une sensation de brûlure au niveau des deux épaules, pratiquement continue mais augmentée par tout effort physique. La patiente se plaint également de céphalées à raison de deux fois par semaine. Le médecin a conclu que la patiente présentait des problèmes cervicaux chroniques en rapport avec l'accident, bien que des troubles dégénératifs montrés aux différentes imageries jouent probablement également un rôle.
- Le second rapport, daté du 11 juillet 2005 conclut à une cervicalgie post-entorse de la colonne cervicale, à prédominance paravertébrale gauche avec douleurs facettaires, à des troubles dégénératifs vertébraux modérés et à de discrets troubles statiques.
- Le troisième rapport a été établi le 21 octobre 2005. Le Dr F_____ y confirme les diagnostics de cervicalgie post-entorse de la colonne cervicale, de troubles dégénératifs de la colonne cervicale, avec discopathie sévère C4-C5, C5-C6 et C6-C7, contusion ostéophytaire et hernie discale, de douleurs paralombaires droites avec radiations pseudoradiculaires dans un contexte de troubles statiques secondaires. Il indique que l'IRM cervicale montre toujours des troubles statiques. Selon lui, il y aurait un problème cervical relativement précis, probablement décompensé par l'accident dans un contexte d'arthrose plus ancienne, mais asymptomatique. Il conclut à une "causalité mixte".

22. A été entendu, en date du 27 avril 2006, le Dr G_____, médecin traitant de la recourante.

La Dresse G_____ a indiqué avoir reçu en consultation l'assurée le 10 avril 2001, une heure après environ son accident de voiture. A cette occasion, elle a établi une note, versée à la procédure par la recourante (pce 5) qu'il convient de lire ainsi :

"10 avril 2001. Accident de voiture. Conductrice sans ceinture à l'arrêt. Douleurs occipitales. Pas de douleur à la palpation des vertèbres.

Contracture musculaire bilatérale. Petite limitation de la rotation de la tête à gauche. Douleurs lombaires modérées. Radios colonne cervicale (celles-ci se sont égarées). Traitement de 9 séances d'ostéopathie et traitement pour décontracter les muscles. Arrêt de travail d'une semaine avant réévaluation."

"19 avril 2001. Vient pour la même douleur et pour intensification de la raideur cervicale. Plainte également par rapport au bassin, région postérieure. Pose d'une minerve."

La Dresse G _____ a confirmé qu'il s'agissait bien d'un syndrome du "coup du lapin" c'est-à-dire d'un traumatisme crâno-cervical. Celui-ci implique ce qu'a ressenti précisément l'assurée, à savoir une absence, dont je ne peux dire après coup si elle était due à une véritable perte de connaissance. L'assurée a indiqué que lorsqu'elle a repris ses esprits, les véhicules qui la précédaient au feu avaient disparu, notamment un camion. Elle a précisé que, lors de la première consultation, il était difficile de prévoir le degré de gravité qu'aurait par la suite le "coup du lapin". Ce jour-là, la patiente était choquée et pleurait.

La patiente souffre toujours. Ses problèmes se situent surtout au niveau cervical. Lorsque tel est le cas, cela influence tout l'état de santé.

La dernière consultation date du 13 mars 2006 et l'état de la patiente a été qualifié de plutôt stationnaire.

23. A également été entendu ce jour-là Monsieur K _____ -, auteur de l'accident.

Ce dernier a affirmé que le jour de l'accident, il était arrêté derrière la voiture de l'assurée, qu'au moment où le feu est passé au vert, les voitures ont démarré, qu'il a alors passé la première et que la voiture de l'assurée a freiné brusquement. Le témoin a formellement contesté n'avoir pas vu le feu rouge. Selon lui, le choc n'a pas été violent. L'assurée lui a dit avoir mal à la nuque.

Après avoir dans un premier temps affirmé que son véhicule n'avait subi aucun dommage, le témoin s'est rétracté lorsqu'il lui a été fait remarquer qu'une facture avait été établie pour réparation d'un phare cassé et du pare-choc avant. Puis il a affirmé que ces dommages résultaient d'un accident précédent.

A la question de savoir pourquoi ils figuraient alors sur le constat, il a allégué que ce n'était pas lui qui avait rempli ce dernier.

Puis le témoin a admis que le phare avait effectivement été touché, ajoutant qu'il ne s'agissait toutefois que d'un dégât minime.

24. Une audience d'enquêtes s'est tenue en date du 4 mai 2006, au cours de laquelle a été entendu le Dr F _____.

Ce dernier a déclaré avoir vu l'assurée pour la première fois le 13 avril 2005. Il a confirmé les différents rapports émis dans le cadre de son dossier de l'assurée et a remis au Tribunal de céans un rapport supplémentaire, daté du 29 septembre 2005.

Le médecin a également confirmé les diagnostics posés dans son rapport du 21 octobre 2005. En relation avec l'accident, il a précisé qu'il s'agissait principalement de cervicalgies, c'est-à-dire de douleurs post-traumatiques avec dysfonctionnement miélo-tendineux.

Il a ajouté que se posaient également des problèmes dégénératifs, non liés à l'accident, sous forme d'une arthrose cervicale plus marquée du côté droit. Les douleurs liées à l'accident se manifestaient plutôt à gauche.

Enfin, il a mentionné des problèmes lombaires, dont il a précisé qu'ils n'étaient pas directement liés à l'accident (problèmes d'adaptation secondaires).

Le Dr F_____ a expliqué qu'un problème facettaire était une irritation située au niveau des deux facettes qui forment l'articulation entre deux vertèbres et qu'à son avis, celui dont souffrait l'assurée était d'origine post-traumatique.

Le médecin a reconnu n'avoir pas vu l'intéressée dans les moments qui ont suivi l'accident et qu'un laps de temps certain s'est écoulé jusqu'à la première consultation. Il a expliqué que s'il avait malgré cela estimé que les douleurs étaient en relation avec l'accident c'est que plusieurs éléments l'avaient conduit à cette opinion : l'intensité des douleurs au départ, le fait qu'elles soient restées stables depuis lors et que le fait que la patiente soit âgée de plus de 40 ans et de sexe féminin, deux facteurs de risque de chronicisation. Il a précisé avoir cependant également reconnu des facteurs non traumatiques.

Le Dr F_____ a jugé que les facteurs traumatiques et non traumatiques jouaient clairement un rôle dans la symptomatologie actuelle.

25. Plusieurs documents ont été produits par le Dr F_____ lors de son audition :

- deux rapports du Dr H_____ (non FMH), lequel pratique sur la patiente de l'acupressure, datés des 8 avril 2004 et 10 novembre 2005, dont il ressort que les séances ont été bénéfiques mais qui conclut que l'arthrose et la déformation de la vertèbre D2 sont irréversibles et que les douleurs cervicales sont consécutives à l'accident dans un contexte d'arthrose cervicale plus ancienne.
- un rapport du Dr I_____, médecin généraliste, du 4 février 2005, indiquant que la patiente se plaint de douleurs lombosciatalgiques irradiant dans les deux fesses et s'aggravant en position assise, ainsi que de céphalées à raison de deux à trois fois par semaine. Le Dr

I _____, suite deux IRM a posé les diagnostics suivants : cervicuncarthrose en C4-C5 , C5-C6 et C6-C7, arthrose des facettes articulaires postérieurs en C7-D1, scoliose dorso-lombaire, séquelles d'une maladie de Scheuermann à l'étage dorsal inférieur, dégénérescences discales étagées avec discopathies modérée en L4-L5, ébauche de hernie discale en L5-S1.

- un rapport du Dr J _____ du 11 octobre 2005 concluant à une dégénérescence discale étagée avec discopathie sévère, à une protrusion discale ostéophyttaire, à une hernie discale et à un rétrécissement des trous de conjugaison à prédominance droite.
- un rapport du Dr F _____ du 29 septembre 2005, dans lequel il constate une diminution de la rotation et de l'extension de la tête vers la gauche, une douleurs référée de la colonne cervicale lors de la mobilisation vers la gauche pouvant évoquer un problème facettaire, une contracture paralombaire droite importante.

26. Le 27 juin 2006, a été produit notamment la facture du véhicule de la recourante, dont il ressort que le montant des dégâts s'élevait à Fr. 4'625.25, ainsi que celle du véhicule de Monsieur K _____, d'un montant de Fr. 1'517.85.

27. A la demande de la recourante, a encore été entendue Madame C2 _____. Cette dernière, lors de son audition du 29 juin 2006, a expliqué que la recourante et elle étaient collègues de travail, que le jour de l'accident, venant de Saint-Cergues, elle a emprunté la route suisse pour éviter les problèmes de circulation annoncés par la radio et roulait en direction de Palexpo. A la présélection de Bellevue, elle a pu voir deux voitures arrêtées, visiblement suite à un accident, celle de derrière ayant embouti celle de devant. Il n'y avait personne dans les voitures ni de blessé en vue. Les voitures étaient arrêtées à une certaine distance du feu et elle a pu les contourner aisément pour atteindre celui-ci.

28. A la demande de l'intimée, le Dr C _____ a également été entendu le 29 juin 2006.

Le Dr C _____ a confirmé ses rapports des 15 mai et 10 juin 2003 (pièces 9 et 10 recourante). Il a expliqué que, suite à l'accident, l'assurée souffrait de douleurs cervicales persistantes, que de nombreux examens avaient été pratiqués qui n'avaient pas permis de mettre en évidence une lésion directement liée à l'accident, que l'analyse bio-mécanique démontrait par ailleurs le peu de gravité de l'accident compte tenu de la différence de vitesse des véhicules. Il a admis que les douleurs étaient certainement liées à l'accident mais a ajouté que d'autres facteurs jouaient un rôle aggravant et qu'ils ont pris de plus en plus d'importance au fil des ans. A l'appui de son opinion, il a expliqué que les douleurs qui apparaissent suite à de tels accidents finissent très souvent par s'estomper; il est assez rare qu'elles soient la

cause d'une invalidité permanente, d'autant moins lorsque l'accident est peu grave et qu'aucune lésion n'est mise en évidence. Le Dr C _____ a indiqué qu'il partageait l'opinion du Dr D _____ lorsque ce dernier affirmait que bien que les troubles présentés par l'assurée soient en relation de causalité naturelle avec l'évènement accidentel et qu'il n'existe apparemment pas de facteurs étrangers à l'accident jouant un rôle significatif dans l'évolution du cas, il paraît néanmoins difficile d'expliquer l'importance de l'incapacité de travail actuelle (50%) par les conséquences de l'accident. En effet, en principe, l'évolution du cas aurait dû être suffisamment favorable pour permettre une reprise du travail complète au maximum un an après l'évènement.

Le Dr C _____ a précisé que, pour sa part, il était "un peu plus large dans le délai à accorder".

Il a par ailleurs précisé que si les facteurs dégénératifs dont parlait le Dr K _____ dans son rapport du 21 octobre 2005 étaient certes présents, il fallait cependant être prudent dans la mesure où de tels troubles n'occasionnaient pas forcément de douleurs en eux-mêmes et où la patiente ne s'était pas plainte avant l'accident. Il était donc difficile d'affirmer qu'ils jouaient un rôle, même si l'on admet qu'en présence de tels troubles, le pronostic est moins bon : il s'agit d'un facteur de risque pour la persistance de douleurs cervicales.

S'agissant des problèmes lombaires, le Dr C _____ a indiqué qu'il était difficile d'établir un lien en l'absence de contusions de la région lombaire mais il s'agissait d'un problème mineur.

Le Dr C _____ a expliqué qu'une entorse cervicale simple, par opposition à une entorse grave, ne présente pas de lésion disco-ligamentaire ou osseuse. Des micro-lésions sont certainement présentes suite à un tel traumatisme après accélération décélération mais ne sont pas visibles.

S'agissant des infiltrations qu'il a proposées à l'assurée, il a expliqué qu'elles avaient à la fois un but thérapeutique et diagnostique : il comptait sur elles pour faire la distinction entre les conséquences traumatiques et non traumatiques; elles devaient donc l'aider dans l'appréciation du cas; la disparition des douleurs suite aux infiltrations lui aurait permis de conclure à leur origine traumatique.

Enfin, le médecin a indiqué qu'il qualifiait de peu grave tout accident intervenant entre 0 et 10 km/heure.

29. Dans ses écritures après enquêtes du 31 août 2006, la recourante a maintenu sa position en répétant qu'elle avait vécu l'accident de manière traumatisante, qu'elle avait été choquée, que la version qui en a été donnée par Monsieur K _____ est mensongère, que le Dr C _____ n'est intervenu qu'en 2003, que le choc qu'elle a subi est au moins de gravité moyenne et que la relation de causalité avec

l'accident, tant naturelle qu'adéquate, doit être admise. Au surplus, la recourante a conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. , ch. de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire du 22 novembre 1941 (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (ci-après LAA ; cf. art. 1 let. r et 56V al. 1 let. a ch. 5 LOJ). La compétence du Tribunal de céans est dès lors établie pour connaître du présent litige.
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant des modifications législatives notamment dans le droit de l'assurance-invalidité. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid. 1.2 ; 169 consid. 1 ; 356 consid. 1 et les arrêts cités). Dans la mesure où l'accident dont a été victime la recourante s'est produit en 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 6 avril 2004 à la lumière des anciennes dispositions légales pour la période s'étendant jusqu'au 31 décembre 2002 et, le cas échéant, au regard des nouvelles dispositions de la LPGA pour la période postérieure (voir ATF 130 V 332 consid. 2.2 et 2.3). En ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique 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).
3. En dérogation de l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois à compter de la décision sur opposition portant sur des prestations d'assurance-accidents (art. 106 LAA). Interjeté le 5 juillet 2004 contre une décision du 6 avril 2004, dans la forme requise par l'art. 56 LPGA, le présent recours est recevable.
4. Le litige porte sur le point de savoir si les troubles dont est atteinte l'assurée engagent la responsabilité de l'intimée au-delà du 31 décembre 2003, en particulier s'ils sont en rapport de causalité avec l'accident survenu le 10 avril 2001.
5. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entrent en ligne de compte pour l'assuré (ATF 119 V 470 consid. 2b; 116 V 249

consid. 1b et les arrêts cités; ATFA non publiés du 16 juin 2005, I 425/04 et U 174/04).

6. L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que, sauf disposition contraire, les prestations d'assurance, y compris les frais de cures prescrites par un médecin (art. 10 al. 1 let. c LAA), sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.
7. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents 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 (ATF 129 V 181 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références).

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 (ATF 125 V 195 consid. 2; 121 V 47 consid. 2a; 208 consid. 6d et les références). 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 338 consid. 1; 118 V 289 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit*, n° 141). 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 la base du 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; RAMA 2000 no U 363 p. 46; ATFA non publié U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

8. En l'espèce, la question de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'accident survenu en 2001 et les douleurs encore ressenties aujourd'hui par la recourante a été soumises à plusieurs médecins. Trois expertises ont même été rendues à cet égard.

Le Tribunal de céans est d'avis que l'existence d'un lien de causalité naturelle ne fait pas de doute en l'espèce, contrairement à ce qu'affirme l'intimée dans sa réponse au recours.

Certes, des lésions dégénératives ont été mises en évidence par les différents médecins qui ont examiné la recourante. Il n'en demeure pas moins que le Dr B_____ a évoqué une lésion du ligament alaire droit, dont il a effectivement admis qu'elle était très difficile à mettre en évidence, mais qu'il a qualifiée de "très probable". Il a clairement conclu par ailleurs à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les troubles constatés et l'accident. Le Dr C_____ a quant à lui posé clairement le diagnostic de cervicalgie post-traumatique. S'il a relevé que les douleurs et la limitation des mouvements cervicaux ne prouvaient pas à elles seules une lésion structurelle, il a aussi ajouté qu'il n'existait pas de critère spécifique pour l'état après un traumatisme d'accélération crânio-cervicale. Cet expert a d'ailleurs également conclu à l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les douleurs et l'accident. Enfin, le Dr D_____ a fait de même, excluant même tout facteur étranger clairement identifiable.

En conséquence, l'existence d'un lien de causalité naturelle doit être admise en l'occurrence. Reste à examiner celle d'un lien de causalité adéquate.

9. La question du lien de causalité adéquate relève du droit. Il appartient donc à l'administration - en cas de recours, au juge - de la trancher. Parce que la question de la causalité adéquate relève du droit et non des faits, elle ne saurait être examinée à l'aune de la règle du degré de vraisemblance prépondérante applicable à l'établissement des faits en matière d'assurances sociales (cf. ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références).

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, ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

Les notions de causalité naturelle ou adéquate n'ont pas été modifiées par l'entrée en vigueur de la LPGA et l'existence d'un rapport qualifié entre accident assuré et atteintes à la santé doit toujours être établi pour ouvrir droit aux prestations de l'assurance-accidents (cf. art. 6 al. 1 LAA; arrêt non publié N. du 13 février 2006, U 462/04, consid. 1.1 et les références).

10. En l'espèce, il ne fait aucun doute que la recourante a été victime d'un accident de type "coup du lapin". Tous les médecins ont conclu en ce sens et l'intimée l'a elle-même admis dans ses décisions, avant de revenir sur sa position dans sa réponse au recours.

Or, en cas d'atteintes à la santé consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychiques, à la différence que l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères de la gravité ou de la nature particulière des lésions subies, des douleurs persistantes, ainsi que du degré et de la durée de l'incapacité de travail sont déterminants de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 366 ss consid. 6a sv.; voir également ATF 123 V 99 consid. 2a et les références; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 [arrêt M. du 30 juillet 2002, U 249/01]).

L'existence d'un lien de causalité adéquate est donc soumise aux conditions suivantes :

- des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- 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 des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail.

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. En présence d'un événement accidentel de la catégorie moyenne à la limite supérieure, la réunion de trois critères remplis avec une certaine intensité suffit pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate (cf. Jean-Maurice FRÉSARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, n. 41 p 18). 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).

Il convient donc à présent d'évaluer la gravité de l'accident survenu en 2001. Il sied de rappeler que la jurisprudence a 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 (ATF 115 V 139 consid. 6, 407ss consid 5).

Notre Haute-Cour a ainsi jugé, dans le cas d'une personne dont le véhicule arrêté à un feu rouge a été percuté par l'arrière par une automobile et a ensuite embouti le véhicule la précédant que l'accident devait être qualifié de banal (ATFA U 160/03 du 31 mars 2004). Dans un arrêt plus récent, daté du 25 janvier 2005 (ATFA U 106/03), elle a en revanche jugé, dans le cas d'un véhicule à l'arrêt percuté à l'arrière et ayant embouti la voiture le précédant, qu'il s'agissait-là d'un accident de gravité moyenne mais que l'on ne saurait le qualifier de particulièrement impressionnant ou dramatique.

En l'espèce, il apparaît, à la lecture du rapport de Monsieur F _____, que les calculs auxquels il s'est livré n'ont pas été influencés par les déclarations - pour le moins douteuses et contradictoires - de l'auteur de l'accident puisqu'il a clairement expliqué s'être basé sur la quantité d'énergie absorbée par les véhicules, les coefficients de rigidité de leurs structure et la profondeur de la déformation. Il n'est pas contesté que la recourante ait pu vivre cet événement de manière traumatisante, cependant, il convient de rappeler que, pour qualifier l'accident, ce n'est pas la manière dont la personne l'a vécu qui importe mais les circonstances objectives. Or, il ressort du rapport technique que la vitesse du second véhicule était relativement basse (10,3 à 16,7 km/h), que la différence de vitesse delta-v se situait entre 6,5 et 11,5 km/h et que le véhicule de la recourante n'a pas été projeté vers l'avant de manière à emboutir celui qui le précédait.

Ces éléments objectifs permettent de retenir que l'accident classé, au pire, dans la catégorie inférieure des accidents moyennement graves.

11. Reste à présent à examiner si les critères permettant de reconnaître l'existence d'un lien de causalité adéquate sont réunis, étant rappelé qu'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).

Ainsi qu'on l'a vu plus haut, dans le cadre d'accident du type de celui qu'a subi la recourante on ne saurait admettre l'existence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de

l'accident. Les lésions n'ont pas été d'une gravité particulière. Il n'a pas été question de difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes, pas plus que d'éventuelles erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

Le critère de la persistance des douleurs est en revanche sans conteste rempli. Le traitement médical continue aujourd'hui encore. Le critère relatif au degré et la durée de l'incapacité de travail est plus douteux dans la mesure où tant le Dr D _____ que le Dr C _____ ont estimé que l'incapacité de travail ne pouvait plus s'expliquer au-delà d'une année, voire deux, après l'accident.

En conséquence, ce sont trois critères au maximum qui sont remplis en l'occurrence, mais sans revêtir l'intensité particulière requise par la jurisprudence, étant rappelé que l'on se trouve en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité.

12. Par ailleurs, s'agissant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité réclamée par la recourante dans ses dernières écritures, il convient de rappeler qu'en vertu de l'art. 24 LAA, l'indemnité est fixée, lorsque l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé.

En l'occurrence, le seul médecin à avoir évoqué une éventuelle atteinte à l'intégrité est le Dr B _____, qui l'a évaluée à 5% mais en précisant que pour pouvoir la fixer de manière définitive, il faudrait au préalable pratiquer des infiltrations, ce à quoi la recourante s'est opposée.

En l'état, on ne saurait donc considérer que le traitement est totalement terminé de manière à pouvoir évaluer définitivement une éventuelle atteinte à l'intégrité.

13. Quant à la conclusion de la recourante visant au remboursement des frais d'expertise du Dr "établissement hospitalier" L _____, elle doit être rejetée également, dans la mesure où, comme l'a relevé l'intimée, une telle expertise n'était pas nécessaire, deux ayant déjà été versées au dossier.
14. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La Présidente :

Janine BOFFI

Karine STECK

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