

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1470/2004

ATAS/1034/2006

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 5**

**du 22 novembre 2006**

En la cause

Madame G \_\_\_\_\_, Puplinge, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître BERGMANN Michel

recourantes

CONCORDIA ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENT,  
Bundesplatz 15, 6002 LUCERNE

contre

LLOYD'S UNDERWRITERS LONDON, LAA Bureau des sinistres; P.O. Box 337, 1754 AVRY (FR), comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître GROSJEAN Christian

intimée

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Karine STECK et Doris WANGELER, Juges**

---

## EN FAIT

1. Madame G \_\_\_\_\_, née en 1954, était employée de maison au service d'un couple privé à Genève depuis le 1<sup>er</sup> juin 1996. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de la compagnie LLODY'S UNDERWRITERS LONDON (ci-après : l'assureur-accidents).
2. Le 22 décembre 1996 à 4h30, la voiture que conduisait l'assurée au Portugal a traversé la chaussée avant d'aller percuter un arbre. A la suite de cet accident, la mère de la conductrice est décédée. Cette dernière a souffert d'une fracture de l'humérus gauche avec un syndrome cervico-brachial. Du point de vue orthopédique, elle a été apte à reprendre une activité professionnelle dans les travaux légers dès le 15 avril 1997. Cependant, elle a présenté un état dépressif pour lequel elle a été traitée depuis le 4 avril 1997 par la Doctoresse A \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute.
3. Sur recours de l'assurée, le Tribunal administratif a jugé, par arrêt du 15 septembre 1998, que les troubles psychiques dont elle souffrait devaient être considérés comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident du 22 décembre 1996. L'assureur-accidents a été condamné à lui verser les prestations LAA jusqu'au 30 novembre 1997 et le dossier a été retourné à l'assureur en vue de déterminer l'incapacité de travail de l'assurée au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 1997 et d'étudier les questions de l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI).
4. Reprenant l'instruction du cas, l'assureur-accidents a confié une expertise médicale à la Doctoresse B \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Celle-ci a conclu à un dommage permanent du fait de l'accident, dans le sens de l'apparition d'un trouble psychique grave et invalidant, et a considéré que l'assurée avait droit à une rente d'invalidité, mais a refusé de se prononcer sur sa prétention à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
5. Invité à donner son avis sur cette expertise, le médecin-conseil de l'assureur-accidents, le Docteur C \_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute, a admis dans son rapport du 9 novembre 1999 que l'assurée était atteinte d'un grave trouble dépressif avec des symptômes psychotiques réduisant sa capacité de travail de quelques 80%. Il a toutefois considéré que le trouble en question était de moins en moins imputable à l'accident, mais de plus en plus à d'autres causes (biologiques et constitutionnelles). Il a par ailleurs nié toute atteinte à l'intégrité dans ce cas, en l'absence de troubles cérébraux organiques.
6. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 13 décembre 1999, la Doctoresse B \_\_\_\_\_ a considéré qu'il n'y avait plus de lien de

causalité entre l'accident survenu et les troubles psychiques présentés au-delà du 1<sup>er</sup> décembre 1997. Elle a à cet égard expliqué que si le trouble dépressif majeur, sévère et chronique constaté persistait au-delà d'une année à dater de l'accident, il était imputable à des facteurs préexistants, notamment à la structure de personnalité assimilable à un facteur constitutionnel, et que l'événement accidentel avait été le révélateur d'un dysfonctionnement de cette organisation de personnalité antérieurement stable. Concernant l'atteinte à l'intégrité physique, elle a déclaré partager l'avis du Docteur C\_\_\_\_\_.

7. Par décision du 28 janvier 2000, l'assureur-accidents a dénié à l'assurée tout droit à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, estimant que les troubles psychiques dont elle souffrait étaient, depuis le 1<sup>er</sup> décembre 1997, d'origine malade. Sur opposition de l'assurée et de la caisse-maladie Concordia (ci-après : la caisse), l'assureur-accident a confirmé cette décision le 25 juillet 2000.
8. Dans le cadre du recours interjeté par l'assurée devant le Tribunal administratif contre la décision précitée, cette juridiction a soumis l'assurée à une expertise médicale judiciaire confiée au Docteur D\_\_\_\_\_, psychiatre et psychothérapeute. Celui-ci a conclu que le lien de causalité naturelle entre l'accident en question et les atteintes à la santé psychique de l'assurée était certain et que ces atteintes entraînaient une incapacité totale de travailler.
9. Par arrêt du 23 avril 2002, le Tribunal administratif a fixé le degré d'incapacité de travail de l'assurée dès le 1<sup>er</sup> décembre 1997 à 100% et lui a octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 75%. Le dossier a été renvoyé à l'assureur-accidents pour le calcul de la rente d'invalidité et de ladite indemnité.
10. Par arrêt du 15 juin 2004, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a admis le recours interjeté par l'assureur-accidents contre l'arrêt du Tribunal administratif précité et l'a annulé. Il a renvoyé la cause au Tribunal cantonal des assurances sociales, compétent en la matière depuis le 1<sup>er</sup> août 2003, pour qu'il statue à nouveau en procédant conformément aux considérants. Il a considéré que la juridiction cantonale avait violé le droit d'être entendu de l'assureur-accidents en lui refusant, par appréciation anticipée des preuves, le droit de poser des questions complémentaires, formulées par le Docteur C\_\_\_\_\_, au Docteur D\_\_\_\_\_. Il n'était ainsi pas possible en l'état de se prononcer sur la question de la causalité naturelle entre les troubles psychiques dont était atteinte l'assurée et l'accident qu'elle avait subi en 1996.

11. Par ordonnance du 28 octobre 2004, le Tribunal de céans a ordonné un complément de l'expertise judiciaire du 4 février 2002 du Docteur D\_\_\_\_\_ et a commis à cette fin ce même médecin après avoir soumis aux parties les questions posées à l'expert.
  
12. Sans avoir procédé à un nouvel examen de l'assurée, le Docteur D\_\_\_\_\_ a répondu aux questions posées, dans son rapport du 17 janvier 2005, et a confirmé son rapport précédent. Il a admis que l'ensemble des troubles apparaissant après un accident n'était pas en rapport de causalité naturelle avec l'événement accidentel, mais uniquement les troubles psychiques ou les modifications de la personnalité qui s'écartaient nettement des variantes usuelles des troubles psychiques. In casu, l'état psychique observé chez l'assurée était une conséquence naturelle de l'accident, selon la vraisemblance prépondérante, au vu de l'anamnèse et du status mental. L'expert judiciaire n'était pas d'accord avec l'affirmation du Docteur C\_\_\_\_\_, selon laquelle les séquelles psychiatriques fonctionnelles ou troubles psychogènes, à l'exclusion d'un état de stress post-traumatique, ne pouvaient être considérés comme étant dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident que pour une durée de six mois ou de deux ans tout au plus. A cet égard, le Docteur D\_\_\_\_\_ a relevé que le Docteur E\_\_\_\_\_ n'avait pas émis cet avis. Par ailleurs, dans la classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement (CIM-10), aucune limite dans le temps n'était fixée pour le diagnostic d'épisode dépressif individuel F 32. Des troubles dépressifs durables pouvaient résulter d'un accident, comme cela était expressément mentionné également dans la table 19 de la SUVA relative à l'atteinte à l'intégrité pour les séquelles psychiques d'accident. Il a admis que certains troubles ne pourraient pas être imputables à l'accident tels que des troubles dissociatifs, obsessionnels et alimentaires. Par ailleurs, l'assurée n'avait pas souffert de tels troubles. Une thérapie psychothérapeutique et/ou psycho-pharmacologique pourrait vraisemblablement permettre à l'expertisée de recouvrer tout ou partie de sa capacité de travail. Les chances de succès d'une telle thérapie seraient de 40 à 50%, dans un délai qui se comptait en années. Il était d'accord avec le Dr E\_\_\_\_\_, en ce que celui-ci avait estimé que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité concernait essentiellement les syndromes cérébro-organiques et des états de stress post-traumatique. Toutefois, il a insisté sur le fait qu'il y avait des exceptions. Il paraissait en outre prévisible pour certaines catégories d'atteintes à la santé psychique qu'elles subsisteront avec la même gravité au moins pendant toute la vie. Pour la pathologie de l'expertisée, la durée était longue, mais ne subsisterait peut être pas avec la même gravité pendant toute sa vie. Il a confirmé qu'il existait une atteinte à l'intégrité psychique au sens de l'art. 24 LAA. Concernant l'incidence d'une dépression légère à moyenne, telle que diagnostiquée en l'espèce, sur la capacité de travail, il a exposé que certains

symptômes étaient plus invalidants que d'autres, mais étaient retenus pour une classification nosographique de sévérité et non pour une classification de l'aptitude au travail. Les symptômes permettant de distinguer entre les différents degrés d'une dépression (léger, moyen et sévère) interféraient certes de manière significative avec les activités sociales et professionnelles, mais une relation directe entre le degré d'altération du fonctionnement social et le degré de sévérité de la dépression ne pouvait pas être établie, selon la CIM-10. La capacité de travail fluctuait par ailleurs de l'ordre de 25%, indépendamment de la sévérité de la dépression, mais restait dans l'ensemble stable et durable.

13. Le 1<sup>er</sup> février 2005, la CONCORDIA, caisse-maladie, s'est ralliée aux conclusions du complément d'expertise du Docteur D\_\_\_\_\_.
14. Dans sa détermination après expertise du 1<sup>er</sup> mars 2005, l'assurée a conclu à l'annulation de la décision du 25 juillet 2000 de l'assureur-accidents, à la constatation que son état de dépression est en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 22 décembre 1996 et qu'elle est incapable de travailler à 100%, ainsi qu'à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux d'atteinte à 75%, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'indemnités journalières fondées sur l'incapacité de travail actuelle à 100% et à ce que la fixation de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité soit réservée, tant que son état n'était pas stabilisé. Se faisant, elle s'est fondée sur les rapports d'expertise du Docteur D\_\_\_\_\_, en soulignant qu'une pleine valeur probante devait leur être reconnue.
15. L'assureur-accidents s'est déterminé sur l'expertise par ses écritures du 24 février 2005, en concluant à ce qu'une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire soit ordonnée, afin d'évaluer la capacité de travail de l'assurée du 30 novembre 1997 à ce jour, de déterminer si elle souffre d'une atteinte durable à son intégrité physique et dans l'affirmative à quel taux, et d'expliquer les raisons pour lesquelles un lien de causalité naturelle entre les troubles et l'accident serait établi plus de huit ans après les faits. Il a en particulier fait valoir qu'aucune évaluation de la capacité de travail de l'assurée n'avait été établie par un médecin depuis le 4 février 2002, date de la première expertise du Docteur D\_\_\_\_\_, dès lors que ce dernier ne l'avait pas réexaminée lors du complément d'expertise. Il s'est par ailleurs fondé sur un nouveau avis médical du Dr C\_\_\_\_\_ du 9 février 2005.
16. Selon la détermination de ce médecin, l'édition allemande de la CIM-10 ne mentionnait pas que les épisodes dépressifs étaient souvent en relation avec des situations ou des événements stressants. Tant que toutes les possibilités de traitement n'étaient pas épuisées, on ne pouvait par ailleurs parler d'une

persistance des troubles psychiques. Concernant les réponses spécifiques données par le Dr D \_\_\_\_\_ aux questions posées, il a estimé que des dépressions, même survenant après un accident, ne se distinguaient pas des troubles qui pouvaient survenir habituellement au cours de l'existence, dès lors que les dépressions étaient également fréquentes dans la population qui n'a pas été victime d'un accident. Il a par ailleurs relevé que le psychiatre qui avait initié le premier traitement début avril 1997 avait fait état d'un trouble psychique qui n'était pas lié à l'accident. Il en a conclu que l'opinion, selon laquelle il s'agirait d'une simple chaîne de causalité, était relativement risquée. Le Dr C \_\_\_\_\_ ne partageait pas l'avis du Dr D \_\_\_\_\_, selon lequel il n'y avait pas de lien direct entre la gravité de la dépression et l'altération des fonctions sociales. Ainsi, selon la CIM-10, les personnes souffrant d'un épisode dépressif léger avait certaines difficultés à poursuivre leurs activités professionnelles et sociales normales, mais ne les abandonnaient pas. Par contre, il était improbable qu'un patient au prise avec une dépression grave soit en mesure de poursuivre de telles activités. Pour le surplus, il a relevé que, pour les troubles psychiques non spécifiques liés à des accidents, comme les épisodes dépressifs, l'interaction entre l'événement extérieur et l'expérience intérieure, respectivement la personnalité et le vécu subjectif, devait être décrite de manière compréhensive à propos du trouble qui en résultait, ce qui n'avait pas été fait dans le rapport d'expertise judiciaire. L'accident était tout au plus suffisant pour déclencher ce trouble, mais non pas nécessaire. Le lien de causalité était ainsi seulement possible. Il a également souligné que dans un épisode dépressif la part du traumatisme dans le déclenchement de la maladie était nettement plus petite qu'elle ne l'était dans les réactions typiques contre le stress et dans les troubles d'adaptation.

17. Par courrier du 29 mars 2005, le Tribunal de céans a informé les parties qu'il avait l'intention de mettre en œuvre une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire et leur a communiqué les questions qu'il comptait poser à l'expert. Les parties se sont déterminées par leurs courriers du 22 avril 2005. L'assurée s'est à cette occasion opposée à la mise en œuvre d'une sur-expertise et a conclu, subsidiairement, à ce que celle-ci soit confiée au Docteur D \_\_\_\_\_.
18. Par son courrier du 11 mai 2005, l'intimée a requis que la détermination du 22 avril 2005 de l'assurée soit écartée, dans la mesure où celle-ci s'était exprimée de façon non autorisée sur la problématique de l'expertise en tant que telle.
19. Par ordonnance d'expertise du 18 mai 2005, le Tribunal de céans a ordonné une nouvelle expertise psychiatrique judiciaire et l'a confiée au Docteur

---

Patrick H\_\_\_\_\_, médecin adjoint au Service de psychiatrie adulte du Département de psychiatrie de Belle-Idée.

20. Dans son expertise du 12 janvier 2006, l'expert a posé le diagnostic de syndrome dépressif chronique, actuellement d'un degré de sévérité léger, et de deuil pathologique ou deuil compliqué, soit de troubles de l'adaptation dans une classification reconnue (code F 43.25 de la CIM-10). L'état clinique de l'expertisée s'était amélioré à certains égards (elle n'est plus clinophile ni suicidaire ni totalement anhédonique), mais s'est dégradé sur d'autres plans. Un syndrome dépressif léger n'avait en principe pas des répercussions importantes ni invalidantes sur les activités de la vie quotidienne. Toutefois, pour l'expertisée, les symptômes propres au deuil compliqué étaient les plus invalidants. Il s'agissait des symptômes suivants : état d'indifférence émotionnel, détachement affectif, impression de vide et d'inutilité, retrait social majeur, s'accompagnant de perturbations cognitives (troubles attentionnels et difficultés de concentration). Chez l'expertisée, ces troubles donnaient parfois un tableau clinique quasi-psychotique et entraînaient des altérations sévères des relations interpersonnelles et du fonctionnement social et professionnel. L'expert a admis un lien de causalité naturelle certain entre l'accident et les atteintes à la santé psychique de la recourante. Celle-ci ne souffre par ailleurs pas d'atteintes à sa santé psychique qui seraient sans liens de causalité naturelle avec l'accident en cause. Elle n'a pas non plus d'antécédents personnels ou familiaux de troubles de l'humeur et, en dehors du deuil compliqué de sa mère, n'a jamais été exposée à des circonstances ou événements adverses susceptibles de favoriser la survenue d'une dépression ou d'en pérenniser le cours. Aucun trouble de la personnalité n'avait non plus pu être mis en évidence avec certitude. L'existence d'un tel trouble ne pourrait être établie rétroactivement que sur la base de documents médicaux ou de renseignements fournis par des tiers, documents qui faisaient en l'occurrence défaut. L'impression clinique qui se dégageait de l'évaluation psychopathologique était celle d'une personnalité à traits dépendants et immatures, peut-être schizoïdes. Cette impression n'avait cependant pas valeur de certitude diagnostique. Il ne partageait ainsi pas l'avis de la Doctoresse B\_\_\_\_\_ exprimé dans son complément d'expertise du 13 décembre 1999, en ce qu'elle imputait la pérennisation du trouble dépressif majeur sévère au-delà d'une année à des facteurs préexistants, en particulier à la structure de personnalité assimilable à un facteur constitutionnel. Concernant la capacité de travail, les atteintes avaient un caractère totalement invalidant dans toutes les activités. Au mieux, l'expertisée était capable d'effectuer de menus travaux ménagers. Dans la réalité, ceux-ci étaient essentiellement assurés par son mari. Sa vie sociale était extrêmement réduite, voire inexistante. Quant au pronostic, l'expert a relevé que l'état clinique de l'expertisée se détériorait à certains égards, sur la base de ses entretiens avec

le Docteur F\_\_\_\_\_, médecin-traitant. Celui-ci avait en effet constaté l'émergence de manifestations qu'il qualifiait de psychotiques (en particulier des idées de persécution). Cela a amené l'expert à penser que l'incapacité était définitive. Aucun traitement psychiatrique ou médicamenteux pourrait améliorer son état. Elle souffrait de manière indiscutable d'une atteinte importante à son intégrité mentale et la probabilité d'une amélioration significative de son état clinique était faible. Le taux de l'atteinte à l'intégrité a été évalué par l'expert à 50%, en l'absence d'un trouble de la personnalité clairement établi. Ce faisant, il a contesté l'avis de la Doctresse B\_\_\_\_\_, selon lequel un "autre événement, même non accidentel, aurait pu, dans une même mesure, entraîner rigoureusement le même dysfonctionnement". Enfin, il partageait l'avis du Docteur D\_\_\_\_\_, sauf qu'il attribuait l'essentiel des manifestations cliniques présentées actuellement par l'expertisée non pas à la dépression majeure, mais à l'entité clinique "deuil compliqué".

21. Le 6 mars 2006, l'assurée s'est déterminée sur l'expertise du Docteur H\_\_\_\_\_, en concluant à l'annulation de la décision du 25 juillet 2000 de l'intimée à l'octroi d'une rente d'invalidité de 100% et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité fondée sur un taux d'atteinte à 75%, sous suite de dépens. Subsidiairement, elle a conclu à l'octroi d'indemnités journalières fondées sur une incapacité de travail de 100%, tout en réservant la fixation de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour l'atteinte à l'intégrité lorsque son état se sera stabilisé. Se faisant, elle s'est fondée sur les conclusions des Docteur H\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_. Elle n'a cependant pas motivé pourquoi elle s'était écartée, dans ses conclusions, du taux d'atteinte à l'intégrité retenue par le Docteur H\_\_\_\_\_.
22. Dans sa détermination du 9 mars 2006, la CONCORDIA a implicitement conclu à la constatation d'un lien de causalité naturelle et adéquate, sur la base des mêmes expertises.
23. L'intimée a conclu, dans sa détermination du 10 mars 2006 à la mise en œuvre d'un complément d'expertise par le Docteur H\_\_\_\_\_, sur la base du contenu de sa détermination et de l'analyse critique du Docteur Pierre-André E\_\_\_\_\_ du 6 mars 2006, jointe à ses écritures, à ce qu'une audience d'enquête et d'audition de l'expert sera ordonnée, lors de laquelle il sera procédé à l'audition simultanée du Docteur H\_\_\_\_\_ et du Docteur E\_\_\_\_\_, à ce qu'une nouvelle expertise médicale judiciaire soit mise sur pied et confiée à nouveau au médecin psychiatre. Il reproche au Docteur H\_\_\_\_\_ de ne pas avoir analysé l'avis médical du Docteur E\_\_\_\_\_ d'octobre 2001, ni l'ensemble des avis médicaux du Docteur C\_\_\_\_\_. Il n'a ainsi pas analysé les rapports de ce médecin des 9 novembre 1999 et 9 février 2005. Il a également relevé que le Tribunal

fédéral des assurances avait considéré, dans son arrêt du 15 juin 2004, "En retenant le diagnostic d'état dépressif modéré (ICD-10 ch. F32.11) et un épisode dépressif léger avec syndrome somatique (ICD-10 ch. F 32.01) l'expert judiciaire était lié par la durée maximale fixée (implicitement) pour ce type de pathologie dont on devait admettre qu'elle était au mieux de deux ans (durée limite d'une réaction dépressive de longue durée (ICD-10 ch. 43.21))". L'intimée a également souligné que le diagnostic de deuil pathologique ou deuil compliqué n'existait pas en tant que tel dans les classifications actuellement en usage. Quant à l'épisode dépressif léger et chronique, l'expert admettait lui-même que celui-ci n'avait en principe pas des répercussions invalidantes. S'agissant de l'atteinte importante à l'intégrité mentale, l'intimée a relevé qu'une telle atteinte n'avait pu être admise que dans certains cas de stress post-traumatique ou de modification durable de la personnalité après une expérience traumatique. Or, selon l'intimée, de tels diagnostics n'ont jamais été posés. Pour le surplus, il se fonde sur l'avis médical du Docteur E\_\_\_\_\_ du 6 mars 2006 qu'il a joint à ses écritures..

24. Selon ce dernier, un trouble de l'adaptation, tel que diagnostiqué par le Docteur H\_\_\_\_\_, n'a pas la sévérité d'un trouble spécifique et est indiscutablement relié à un facteur de stress identifiable. Pour ce motif, il est limité dans le temps, à savoir six mois après la disparition du facteur de stress, tant pour la CIM-10 que pour la DSM-IV, et à deux ans pour le trouble de l'adaptation avec réactions dépressives prolongées de la CIM-10. Par rapport au diagnostic de l'épisode dépressif léger, il convient de constater une amélioration de l'état de l'assuré, dans la mesure où les médecins avaient retenu au départ un épisode dépressif sévère avec caractéristiques psychotiques congruentes de l'humeur. S'agissant de la causalité naturelle, selon son expérience et les données de la littérature, il était fréquent de trouver des troubles psychogènes dans les premières semaines qui suivaient les accidents graves, comme celui qui faisait l'objet de ce dossier. Ceux-ci étaient alors consécutifs à des troubles de l'adaptation et l'état de stress post-traumatique. Le Docteur E\_\_\_\_\_ réfutait cependant ce dernier diagnostic, dans la mesure où il n'y avait pas les intrusions (cauchemars, flash-backs continuels) ni les conduites d'évitement par rapport à ce qui rappelle l'accident. Le trouble de l'adaptation devait également être formellement récusé selon ce médecin, plus de 10 ans après l'événement traumatique en cause. A cet égard, il a relevé que le fait que seul l'épisode dépressif était constamment retenu allait dans le même sens. Concernant la causalité naturelle, l'expert a exposé:

"Lorsqu'on entre dans le champs de troubles qui ne sont pas répertoriés dans les réactions psychiques à des facteurs de stress dans la CIM-10, la plus grande prudence est à notre avis de rigueur, avant

de retenir la vraisemblance prépondérante de la causalité naturelle. Il faut alors rechercher ce qui a pu provoquer le trouble et le maintenir. Dans le cas présent, il y a l'accident et le décès de la mère. Il y a aussi une relation fusionnelle avec cette mère, ce qui est indépendant de l'accident. Il y a aussi la notion d'une certaine fragilité antérieure documentée par des tests psychologiques projectifs que le traumatisme psychique a pu révéler. Ces argumentations mettent à mal la vraisemblance de causalité naturelle entre l'accident de 1996 et les troubles psychiques actuels. Il est par ailleurs vrai que l'assurée n'a jamais présenté de troubles psychiques francs avant l'événement traumatique en cause, ce qui tend plutôt à valider la vraisemblance de la causalité naturelle. Je ne peux pas me prononcer plus avant pour ce cas particulier, avec les éléments que j'ai à disposition.

De façon générale, je répète ma conviction que la seule situation où les troubles psychogènes valent pour une vraisemblance prépondérante de la causalité naturelle plus de cinq ans après un accident est celle d'un état de stress post traumatique avéré et d'un traumatisme sortant de l'ordinaire. Si l'accident était ici grave, l'assurée ne présente qu'un épisode dépressif léger avec deuil compliqué et pas de cas de stress post traumatique."

(Cf. p. 2 de l'avis du Docteur E\_\_\_\_\_ du 6 mars 2006)

Concernant l'atteinte à l'intégrité, l'expert a relevé que la situation avait fait l'objet d'une évolution favorable, que ces troubles étaient par conséquent capables d'évolution et n'avaient pas encore un caractère permanent.

25. Le 12 avril 2006, le Dr H\_\_\_\_\_ a été entendu en tant que témoin par le Tribunal de céans. En complément à son expertise, il a déclaré qu'il contestait l'avis du Dr C\_\_\_\_\_, selon lequel, les troubles psychiques développés à la suite d'un accident, notamment le trouble de l'adaptation, n'étaient dans un rapport de causalité que pour une durée maximale de deux ans avec cet événement, à part l'état de stress post-traumatique. S'il était vrai que, dans la classification internationale, la durée d'un trouble de l'adaptation n'était en principe que de deux ans au maximum, cela signifiait uniquement qu'après ce laps de temps, un autre diagnostic devait être posé, lequel se substituait à l'ancien. Cela ne permettait pas pour autant de conclure que les troubles persistants n'étaient plus dans un rapport de causalité avec l'événement accidentel. Pour les effets d'un stress post-traumatique qui durait au-delà d'une certaine durée, il était par ailleurs également recommandé, selon la CIM-10, de poser un nouveau diagnostic, soit la modification durable de la personnalité. L'expert a en outre expliqué que le diagnostic de deuil pathologique qu'il a posé a plus de vraisemblance avec l'état de stress post-

traumatique qu'avec un trouble de l'adaptation. Il a confirmé que, selon son appréciation de clinicien, le diagnostic d'état pathologique décrivait le mieux la pathologie de l'assurée. Il était en outre annoncé que ce diagnostic serait introduit dans la DSM-V. Les symptômes du deuil pathologique différaient de ceux de l'état de stress post-traumatique. L'assurée présentait par ailleurs le nombre requis des symptômes du deuil pathologique pour poser ce diagnostic. Celui-ci était fondé sur les différents symptômes relevés. Il s'agissait d'un diagnostic syndromique. En outre, le diagnostic de deuil pathologique ou compliqué recouvrait en partie les symptômes de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. L'expert a relevé en particulier l'état de torpeur psychique marqué qu'il avait constaté et qu'il était caractéristique du deuil compliqué et non pas d'une dépression. Contrairement au Dr E \_\_\_\_\_, il estimait que l'état clinique de l'assurée s'était objectivement détérioré par rapport à il y a quelques années. Ainsi, la pensée de celle-ci était aujourd'hui très inhibée, ce qui a été également confirmé par le Dr F \_\_\_\_\_ et son mari. Ce dernier médecin pensait par ailleurs que sa patiente ne serait aujourd'hui plus capable de faire un bilan neuropsychologique. Quant au lien de causalité, l'expert admet que le diagnostic de l'état de stress post-traumatique n'était pas réalisé. Il a relevé toutefois qu'il y avait beaucoup de vraisemblance clinique évolutive entre ce dernier diagnostic et celui de deuil compliqué. Le lien de causalité naturelle était clairement établi, même s'il admettait, avec le Dr E \_\_\_\_\_, qu'il avait probablement une fragilité psychologique antérieure pouvant expliquer la sévérité des atteintes. Ces facteurs étrangers n'avaient pas pu être clairement identifiés. Quant au test projectif cité par le Dr E \_\_\_\_\_, le Dr C \_\_\_\_\_ n'y avait accordé aucun crédit et tel était également son avis. Ces tests avaient par ailleurs été réalisés en l'occurrence après l'accident.

26. Par écritures du 17 mai 2006, la CONCORDIA a persisté dans ses conclusions.
27. Dans ses conclusions après enquête du 29 août 2006, l'assureur-accidents a conclu, préalablement, à ce qu'une nouvelle expertise médicale judiciaire soit ordonnée et, principalement, au rejet du recours, sous suite de dépens. Il a relevé que l'expert n'avait pas examiné le rapport du Dr E \_\_\_\_\_ d'octobre 2001, cette pièce ne figurant pas sur la liste des pièces examinées. Il a reproché également à l'expert de ne pas avoir examiné les rapports du Dr C \_\_\_\_\_ des 9 novembre 1999 et 9 février 2005. Le Dr H \_\_\_\_\_ n'a notamment pas justifié ni argumenté ses considérations relatives au lien de causalité naturelle au regard de la doctrine médicale telle que reprise par le Dr C \_\_\_\_\_ qui limitait sa durée au mois de décembre 1998, au vu des troubles psychiques présentés par l'assurée. L'intimée a en outre relevé que le Dr H \_\_\_\_\_ n'avait pas posé de diagnostic selon une classification reconnue. En ce que l'expert faisait référence au diagnostic de trouble de

l'adaptation (réaction de deuil) avec perturbation mixte des émotions et des conduites, il avait fait état d'un trouble limité dans le temps entre six mois à deux ans après disparition du facteur de stress. L'intimée a également reproché à l'expert de ne pas avoir examiné la publication du Dr E\_\_\_\_\_ du mois d'octobre 2001, contrairement au mandat d'expertise. Elle se fonde par ailleurs sur l'avis de ce médecin du 6 mars 2006 pour affirmer que l'existence d'un lien de causalité naturelle survenu après l'accident n'est pas établi. Par ailleurs, selon la CIM-10, les réactions de deuil, brèves ou prolongées, considérées comme pathologiques en raison de leur expression ou de leur contenu, doivent être notées en F43.22, F43.23, F44.24 ou F43.25. Elles sont annotées sous F43.21 (réactions dépressives prolongées), lorsqu'elles durent plus de six mois. La défenderesse a dès lors allégué que le diagnostic de "deuil pathologique" était mentionné dans la CIM-10 au titre de troubles de l'adaptation. Ainsi, le diagnostic posé par défaut par le Dr H\_\_\_\_\_ n'était pas conforme à cette classification internationale. En outre, une réaction de deuil pathologique ne persistait pas au-delà de deux ans, selon l'ouvrage précité. Quant au diagnostic dépressif léger, l'expert admet qu'il n'a pas un caractère invalidant. La défenderesse conteste également qu'un décès, même d'un être cher, puisse être qualifié d'accident au sens de la loi et estime que, même sans l'événement accidentel, au vu de la relation fusionnelle entretenue par l'assurée avec sa mère et de sa probable fragilité psychologique antérieure à l'accident, le trouble psychiatrique serait survenu.

28. Dans ses écritures du 5 septembre 2006, l'assureur-maladie a persisté dans ses conclusions, en s'appuyant sur les expertises des Drs D\_\_\_\_\_ et H\_\_\_\_\_.
29. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

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

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

2. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 LOJ, le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 LPGA qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

3. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. 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 a eu lieu le 2 septembre 2000 et que l'intimée a mis un terme aux prestations avec effet au mois de décembre 2001, ces principes de droit intertemporel commandent l'examen du bien-fondé de la décision sur opposition du 31 octobre 2003 à la lumière des anciennes dispositions de la LAA 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).

Sont litigieux en l'occurrence les liens de causalité naturelle et adéquate entre l'accident survenu le 22 décembre 1997 et les troubles psychiques qui subsistent au-delà du 30 novembre 1997 et engendrent une incapacité de travail totale, ainsi que le cas échéant la durabilité de l'atteinte à l'intégrité consécutive aux troubles psychiques et son taux.

Pour trancher ces questions, le Tribunal de céans a ordonné encore deux expertises, après l'annulation de l'arrêt du Tribunal administratif du 23 avril 2002 et après que la cause lui a été renvoyée par le TFA.

4. En application de l'art. 6 LAA, dont la teneur n'a pas été modifiée par l'entrée en vigueur de la LPGA, l'assureur-accidents ne répond des atteintes à la santé que lorsqu'elles sont en relation de causalité non seulement naturelle, mais encore adéquate avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 1). L'exigence du lien de causalité naturelle 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, 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).

La question du lien de causalité entre des troubles psychogènes et un accident a fait l'objet d'un arrêt de principe du TFA publié dans ATF 124 V 29. Dans cet arrêt, notre Haute Cour a jugé, au sujet de l'atteinte à l'intégrité pour les troubles psychiques consécutifs à un accident, qu'il ne lui appartenait pas de prendre position dans la controverse médicale concernant le caractère durable de certains troubles psychiques post-traumatiques. Elle a également refusé d'admettre d'emblée que seuls certains diagnostics déterminés, tel que l'état de stress post-traumatique, pouvaient être considérés comme étant en rapport de causalité naturelle avec un accident, dans la mesure où la doctrine psychiatrique n'était pas unanime à ce sujet (ATF 124 V 43 consid. b) cc).

5. Le droit de faire administrer des preuves, qui découle du droit d'être entendu (ATF 122 II 469 consid. 4a), n'empêche pas l'autorité de mettre un terme à l'instruction si, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles elle doit procéder d'office, elle est convaincue que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation; une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu (ATF 124 V 94 consid. 4b ; ATFA non publié du 25 août 2004 en la cause U 115/04).
6. Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Les parties sont donc en principe - sous réserve du devoir de collaborer à l'instruction de l'affaire - dispensées de l'obligation de prouver (ATF 125 V 195 consid. 2 et les références). Pour autant, elles ne sont pas libérées du fardeau de la preuve, en ce sens qu'en cas d'absence de preuve, la décision sera défavorable à la partie qui voulait déduire un droit de

---

l'état de fait non prouvé (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références; RAMA 1994 no U 206 p. 327 consid. 1 et les références).

7. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 352 consid 3 a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

Cependant, selon la jurisprudence du TFA, le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient est plutôt secondaire. Le diagnostic est certes une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (ATFA non publié du 8 février 2006, cause I 336/04 consid. 3.4). Il importe essentiellement d'exposer de manière concluante dans une expertise psychiatrique une souffrance psychique ou un trouble psychique et ses répercussions. Outre le diagnostic, d'autres explications sont généralement nécessaires. Il n'est notamment pas exigé que le diagnostic résulte d'une classification internationale déterminée. Les différents diagnostics retenus doivent plutôt pouvoir être déduits de façon compréhensible de la description du contexte médical (ATFA non publié du 2 mai 1997 cité dans ATF 124 V 42 consid. 5 b) bb). Pour l'expertise psychiatrique de patients accidentés avec des symptômes psychiques persistants, il convient d'exiger que ceux-ci soient examinés et appréciés de façon individuelle (ATF 124 V p. 43 consid. 5 b) cc).

8. Les expertises ordonnées dans la présente procédure remplissent assurément les critères jurisprudentiels pour leur reconnaître une pleine valeur probante.

S'agissant en particulier de celle du Dr H \_\_\_\_\_, il convient de relever que cet expert a disposé de l'intégralité du dossier médical notamment également des rapports du Dr C \_\_\_\_\_ du 9 novembre 1999 et du 9 février 2005, ainsi que de l'article du Dr E \_\_\_\_\_ produit par l'intimée. Certes, il ne se prononce pas expressément sur ces rapports et sur cet article de la doctrine médicale. Toutefois, il motive de façon approfondie son avis, références à l'appui. Implicitement, il répond ainsi aux avis de ces médecins, de sorte que le Tribunal de céans n'estime pas nécessaire de demander un complément d'expertise supplémentaire au Dr H \_\_\_\_\_. Il est à

souligner à cet égard que les Docteurs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ n'ont jamais examiné l'assurée et se sont uniquement prononcés sur la base du dossier médical.

Cela étant, le Tribunal de céans ne donnera pas suite aux conclusions de l'intimée d'ordonner un complément d'expertise, voire une quatrième expertise judiciaire.

9. En l'occurrence, conformément aux injonctions du TFA, le Docteur D\_\_\_\_\_ a répondu aux questions soulevées par l'intimé et s'est déterminé sur le rapport et les questions du Docteur C\_\_\_\_\_, ainsi que l'article du Docteur E\_\_\_\_\_ intitulé "Problèmes psychiques après l'accident et indemnités pour atteinte à l'intégrité (IPAI)". Par la suite, l'assurée a en outre fait l'objet d'une nouvelle expertise par le Dr Patrick H\_\_\_\_\_.

Le Docteur D\_\_\_\_\_ a confirmé, dans sa nouvelle expertise, son rapport précédent, selon lequel l'assurée souffrait d'épisodes dépressifs en évolution depuis son accident et que cette atteinte était en relation de causalité naturelle certaine avec celui-ci. L'affection entraînait une incapacité totale dans sa dernière activité professionnelle. Elle souffrait également d'une atteinte à son intégrité psychique au sens de la loi dont le taux était de 100% à 75% jusqu'en 2000 et ensuite de l'ordre de 75% à 50%.

Quant au Dr H\_\_\_\_\_, il a posé les diagnostics de troubles de l'adaptation (réaction de deuil), avec perturbation mixte des émotions et des conduites (F 43.25) et d'épisodes dépressifs légers, chroniques (F 32.0). Selon cet expert, le lien de causalité naturelle est également certain. Il a par ailleurs constaté que la pensée de l'assurée était très inhibée, son discours spontané extrêmement réduit, la cohérence de ses propos parfois troublés, notamment sous forme de réponses à côté. Le contact était souvent perturbé. Ces faits ont amené l'expert à supposer que l'état clinique de l'expertisée était profondément altéré, plus que ne laisserait supposer le seul diagnostic d'épisode dépressif léger. Les éléments psychopathologiques relevés dans le status appartenaient à la sémiologie du deuil compliqué et contribuaient fortement à la sévérité du tableau clinique. L'expert admet que le diagnostic de deuil pathologique ou de deuil compliqué n'est en l'état pas reconnu et défini en tant que tel dans les classifications actuellement en usage, raison pour laquelle il a eu recours au diagnostic "trouble de l'adaptation (réaction de deuil)". Toutefois, ce syndrome est décrit dans la littérature médicale spécialisée et l'expert donne de nombreuses références à celle-ci. Il se distingue de troubles psychiatriques voisins, comme l'état de stress post-traumatique et la dépression majeure. Les symptômes propres à ce diagnostic sont les plus invalidants (état d'indifférence émotionnelle, détachement

affectif, impression de vide et d'inutilité, retrait social majeur, s'accompagnant de perturbation cognitive). S'agissant d'éventuels facteurs étrangers, l'expert a souligné que l'expertisée n'avait pas d'antécédents personnels ou familiaux de trouble de l'humeur. Elle n'avait pas non plus été exposée à des circonstances ou événements adverses susceptibles de favoriser la survenue d'une dépression ou d'en pérenniser le cours. Rien ne permettait de diagnostiquer formellement, a posteriori, un trouble de la personnalité. De l'avis de l'expert, il était impossible de repérer un tel trouble, dans la mesure où il était masqué le cas échéant par le syndrome psychiatrique actuel. Des documents médicaux ou renseignements fournis pas des tiers concernant la structure ou une organisation prémorbide de la personnalité de l'assurée avant son accident faisaient par ailleurs défaut. Toutefois, selon son impression clinique, elle présentait une personnalité à traits dépendants et immatures, peut-être schizoïdes. Un traitement psychiatrique serait sans effet sur la capacité de travail. Enfin, son pronostic est sombre plus de 9 ans après l'accident, en l'absence d'une amélioration clinique de son état psychique, le caractère chronique de la symptomatologie lié au deuil compliqué, la sévérité des perturbations affectives et cognitives, la conséquence gravement délétère sur la vie sociale et professionnelle.

L'intimée critique essentiellement le fait que le Docteur H\_\_\_\_\_ n'a pas retenu un diagnostic selon une classification reconnue. Elle estime également que le diagnostic de trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites qu'il a posé constitue un trouble limité dans le temps, entre six mois et deux ans, après la disparition du facteur de stress.

Toutefois, comme exposé ci-dessus, les diagnostics sont certes nécessaires, mais pas suffisants. Par ailleurs, il ne peut être exclu d'emblée que d'autres troubles qu'un état de stress post-traumatique peuvent engendrer des atteintes psychiques durables, contrairement aux avis des Docteurs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_.

S'agissant du diagnostic du deuil pathologique ou compliqué retenu, il est vrai que ce diagnostic précis n'est pas reconnu actuellement dans les classifications usuelles. Toujours est-il que les symptômes que présente l'assurée ne peuvent être expliqués par un autre diagnostic et les médecins consultés par l'intimé n'ont pas pu donner d'autres éclaircissements à ce sujet. En effet, l'état d'indifférence mentionné, le détachement affectif, l'impression de vide et d'inutilité, le retrait social majeur, les troubles attentionnels et des difficultés de concentrations ne sont pas attribués à l'épisode dépressif léger. Par ailleurs, rien n'indique que, sans accident, l'assurée aurait développé ces mêmes troubles. Certes, comme le rapporte le Dr C\_\_\_\_\_ dans son appréciation médicale du 9 février 2005, il y a une prévalence de 25% à être victime d'un épisode dépressif, dans la population féminine. Cependant, un tel

pourcentage de femmes ne développe certainement pas une dépression chronique et encore moins les troubles relevés par le Docteur H\_\_\_\_\_. En outre, comme admis par tous les médecins, aucun trouble de la personnalité n'a été mis en évidence avant la survenance de l'accident en cause, ce qui constitue également un indice pour un lien de causalité naturelle entre celui-ci et les atteintes à la santé qui persistent aujourd'hui. Il n'en demeure pas moins que l'assurée présentait certainement une vulnérabilité et une structure de la personnalité particulière pour réagir au deuil et la culpabilité liés à la mort de sa mère en développant des troubles psychiques gravement invalidants. Toutefois, comme relevé ci-dessus, une prédisposition particulière de l'assurée ne permet pas de nier de ce fait le lien de causalité naturelle. Ainsi, le rapport du 13 décembre 1999 de la Doctoresse B\_\_\_\_\_ ne saurait être suivi sur ce point. Seule doit être tranchée la question de savoir si, sans l'accident, la personne aurait, selon la vraisemblance prépondérante, souffert de troubles identiques. L'avis du Dr C\_\_\_\_\_ ne paraît pas non plus convaincant, selon lequel le deuil de la perte de la mère, le sentiment de culpabilité et les dépressions ne peuvent pas être considérés comme provoqués par l'accident. A l'évidence, tel est le cas, étant précisé que les chocs émotionnels peuvent également être considérés comme un accident. Il ne saurait par ailleurs être nié qu'un choc psychologique peut être engendré par le fait d'avoir causé la mort non seulement d'un être humain, mais de surcroît de sa propre mère.

Le Tribunal de céans constate que les deux experts judiciaires mandatés sont unanimes pour admettre un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques constatés. Les diagnostics retenus par le Docteur H\_\_\_\_\_ sont cependant plus convaincants que ceux du Docteur D\_\_\_\_\_. Il ne paraît en effet pas compréhensible qu'un trouble dépressif léger, même chronifié, puisse engendrer une totale incapacité de travail. De surcroît, la totalité des symptômes révélés n'est pas propre à un tel trouble.

Au vu de ce qui précède, il y a lieu d'admettre le lien de causalité naturelle en l'espèce.

10. Il convient dès lors d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate entre les atteintes psychiques constatées et l'accident.

a) Il s'agit d'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 ; 115 V 405 consid. 4a). En présence de troubles psychiques consécutifs à un accident, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en principe être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; la durée anormalement longue du traitement médical ; les douleurs physiques persistantes ; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Seule la durée qui se rapporte aux atteintes somatiques résultant de l'accident assuré doit être prise en considération dans l'examen de la causalité adéquate entre un accident de gravité moyenne et des troubles psychiques. (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 et les références).

b) En l'occurrence, il y a lieu de qualifier l'accident survenu de grave. En effet, il a provoqué la mort d'une personne, même si les lésions de l'assurée n'étaient pas d'une gravité particulière. A cela s'ajoute un grave choc émotionnel consécutif à la provocation de la mort de sa propre mère. Par conséquent, le lien de causalité adéquate doit être admis, conformément à la jurisprudence précitée.

Cela étant, l'assurée a droit à une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de gain de 100%, telle qu'elle résulte clairement des rapports médicaux .

11. Reste à examiner si l'assurée peut prétendre à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Si, par suite d'un accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique ou mentale, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est allouée sous forme de prestation en capital. Elle ne doit pas excéder le montant maximum du gain annuel assuré à l'époque de l'accident et elle est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1).

La durabilité de l'atteinte à l'intégrité psychique est une question de fait qu'il appartient à l'administration ou au juge de trancher selon le principe de la vraisemblance prépondérante, dans le cadre de l'appréciation des preuves. Il convient dès lors de se fonder sur les indications des experts médicaux pour l'évaluation du caractère durable prévisible de l'atteinte (ATF 124 V p.40 consid. 5 b).

L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en outre en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie également d'après les constatations médicales. Le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; ATFA non publié du 30 juillet 2002, U 249/01).

L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe).

A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF

124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; ATFA non publié du 28 novembre 2003, U 11/03). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

Selon la table 19 relative aux atteintes à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accident, une atteinte minime ne donne droit à aucune indemnité. Une atteinte légère justifie une indemnité de 20%, une atteinte légère à modérée entre 20 et 35%, une atteinte modérée de 50%, une atteinte modérée à sévère entre 50 et 80% et une atteinte sévère à très sévère entre 80 et 100%. Le trouble psychique modéré est défini comme suit:

"Hormis la symptomatologie psychique observable et ses conséquences existe un retentissement indubitable sur les facultés cognitives, telles que l'attention, la mémoire, la concentration et les fonctions exécutives complexes. Celles-ci ne se manifestent pas seulement dans des situations particulièrement stressantes, mais déjà face à des exigences qui dépassent la moyenne quotidienne. Elles handicapent la vie courante. La capacité de travail est réduite."

Quant au trouble modéré à sévère, il correspond à la description suivante, selon la table 19:

"La symptomatologie psychique et l'entrave cognitive qui lui est associée sont continues et très marquées. Le patient a de grosses difficultés à assumer sa vie quotidienne, même s'il peut le faire de façon indépendante. La capacité de travail dans une activité adaptée est nettement réduite, voire elle n'est plus donnée."

b) En l'occurrence, il est admis que l'assurée a été victime d'un accident grave, ce qui constitue un critère pour le caractère durable de l'affection psychique, au vu de ce qui vient d'être exposé. Par ailleurs, le caractère durable est également confirmé par les experts mandatés et en particulier par l'écoulement du temps. En effet, depuis la survenance de l'accident en date du 1<sup>er</sup> juin 1996 jusqu'à la date de l'examen par le Dr H\_\_\_\_\_ en janvier 2006, les troubles psychiques se sont manifestés avec un degré tel que la capacité de travail en est anéantie.

Quant au taux de cette atteinte, le dernier expert l'a fixé à 50%. S'agissant de l'expertise la plus récente et compte tenu de la table 19 relative aux atteintes à l'intégrité pour séquelles psychiques d'accident de la SUVA, le Tribunal de céans se tiendra à ce taux qui correspond à une atteinte modérée à sévère.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera partiellement admis et la cause renvoyée à l'assureur LAA pour nouvelle décision dans le sens des

considérants, notamment le calcul de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

13. Une indemnité de 3'000 fr. sera accordée à la recourante qui obtient gain de cause, à la charge de l'assureur LAA.

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

**Statuant**

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

1. Admet partiellement le recours.
2. Octroie à Madame G \_\_\_\_\_ une rente d'invalidité correspondant à une incapacité de gain de 100% dès le 1<sup>er</sup> décembre 1997.
3. Lui octroie une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 50%.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul de la rente d'invalidité et de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
5. Condamne l'intimée à verser à Madame G \_\_\_\_\_ une indemnité de procédure de 3'000 fr.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi

que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au  
recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

La greffière

La Présidente :

Sylvie CHAMOUX

Maya CRAMER

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