REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1501/2005 **ATAS/767/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 1

du 3 juillet 2007

En la cause

Madame B_____, domiciliée , VERNIER, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Zoltan SZALAI	recourante
contre	
SUVA, CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, sise Fluhmattstrasse 1, LUCERNE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Marlyse CORDONIER	intimée

Siégeant : Doris WANGELER, Présidente, Evelyne BOUCHAARA et Norbert HECK, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame B_____, née en 1945, travaillait en tant que nettoyeuse au service des sociétés X_____ S.A. et Y_____ S.A. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de la CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : SUVA).

2. Souffrant de troubles lombaires, elle était en incapacité totale de travailler depuis le 1er juin 2000 chez X_____ S.A. et depuis le 23 décembre 2000 chez Y_____ S.A.

3. En date du 2 juin 2001, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police daté du 3 juillet 2001, une voiture, venant en sens inverse, a percuté l'avant du véhicule dont elle était la passagère. L'intervention des sapeurs-pompiers a été nécessaire pour découper le toit du véhicule et désincarcérer l'assurée. Inconsciente, elle a été conduite par hélicoptère à (ci-après les "établissement hospitalier").

4. La SUVA a pris en charge les conséquences de l'accident, soit le versement d'indemnités journalières et le remboursement des frais médicaux.

5. Selon l'avis de sortie du 3 juin 2001 établi par le Dr A_____, médecin-assistant auprès de la division des urgences médico-chirurgicales des "établissement hospitalier", les diagnostics étaient : lésion due à un accident et entorse/foulure du rachis cervical (S13.4). A l'anamnèse, il est indiqué que l'assurée a été victime d'un accident de voiture avec choc fronto-latéral, l'assurée se trouvant en position avant, probablement sans ceinture. Il y avait eu un impact de la tête et un mécanisme d'hyperflexion, avec perte de connaissance et amnésie circonstancielle. L'assurée était très algique au niveau de la colonne cervicale et lombaire. A l'examen clinique, il est fait état notamment de douleurs frontales et cervicales basses ainsi que lombaires. Les radiographies de la colonne cervicale ne montraient ni luxation ni fracture. Un scanner cervical et lombaire avait permis d'exclure une lésion. Le traitement de sortie proposé était la prise de Dafalgan ainsi qu'une collerette en mousse.

6. Le 19 juin 2001, le Dr B_____, radiologue, a effectué une IRM cervicale, laquelle a révélé une hernie discale intra-canalaire médiane et latérale gauche à l'étage C5-C6 ainsi qu'un processus expansif sellaire, soit un probable macro-adénome.

7. En raison de cervicalgies persistantes avec parfois des cervicobrachialgies bilatérales prédominant à gauche, l'assurée a consulté le Dr C_____, spécialiste FMH en neurologie. Dans son rapport du 22 août 2001, il a indiqué que l'assurée avait subi un choc crânien avec perte de connaissance. Au status, il est fait

notamment état d'un important syndrome cervical. L'examen myographique réalisé aux membres supérieurs, bilatéralement dans les myotomes C5-D1, n'a mis en évidence aucun signe positif d'atteinte neurogène. Concernant le syndrome cervical, comportant notamment des contractures paravertébrales, la patiente pouvait vraisemblablement bénéficier d'un myorelaxant.

8. Le 18 septembre 2001, le Dr D_____, médecin traitant, a indiqué à la SUVA les diagnostics suivants: un status post-contusion du crâne, de multiples éraflures sur le front à droite, un status post-commotion cérébrale, un status post-entorse de la colonne cervicale antéropostérieure ainsi qu'un état de stress post-traumatique. L'assurée, qui portait une minerve, était anxieuse, stressée et tremblante. Elle était totalement incapable de travailler depuis le jour de l'accident. Le traitement ordonné était du repos, la prise de Dafalgan et de Valium, le port de la minerve et de la physiothérapie.

9. Souffrant de troubles visuels, l'assurée a consulté le Dr E_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie. Dans un rapport du 26 septembre 2001, il a indiqué que l'assurée présentait une importante réduction concentrique de son champ visuel, qui pouvait entraîner une détérioration de la vision, voire une cécité bilatérale. Il y avait lieu d'investiguer la nature de la tumeur suspectée le 19 juin 2001 (macro-adénome).

10. Le 24 octobre 2001, le Dr F_____, chef de clinique adjoint au service de neurochirurgie de "établissement hospitalier", a écarté le diagnostic de tumeur et posé celui de selle turcique vide. Les contrôles ophtalmologiques devaient par conséquent être poursuivis afin de trouver une étiologie à cette atteinte visuelle.

11. En date du 1er novembre 2001, l'assurée a été examinée par le Dr G_____, médecin d'arrondissement de la SUVA et spécialiste FMH en chirurgie. Il résulte de son rapport du 2 novembre 2001, que l'assurée se plaignait d'une perte de la vision, de douleurs à la colonne cervicale et descendant dans le bras gauche. A l'examen de la nuque, le médecin retrouvait quelques signes d'aggravation. Dans le cadre d'un accident de la route avec choc latéral au niveau de la tête et de la colonne cervicale, un traumatisme crânien, une perte de connaissance et une amnésie circonstancielle, l'effet délétère de l'accident était à considérer comme toujours présent. Il ne pouvait se prononcer quant aux troubles visuels et à la lésion éventuelle au niveau de l'hypophyse. Les examens complémentaires dans le cadre de l'éclaircissement du cas pouvaient être pris en charge par la SUVA. L'incapacité de travail restait alors justifiée. Les troubles lombaires, qui avaient motivé l'incapacité de travail depuis le mois de juin 2000, correspondaient à un état antérieur sans rapport avec l'accident.

12. Dans son rapport du 26 décembre 2001, le Dr D_____ a indiqué qu'il n'y avait pas de changement notable dans l'évolution. Les traitements en cours étaient

identiques à ceux mentionnés dans son rapport du 18 septembre 2001. Les consultations avaient lieu environ tous les 10 jours.

13. Dans un rapport de consultation neuro-ophtalmologique du 16 janvier 2002, les Dresses H_____ et I_____, de la clinique et policlinique d'ophtalmologie des "établissement hospitalier", ont indiqué que la patiente se plaignait de heurter des objets des deux côtés depuis l'accident du mois de juin 2001. Elle se plaignait également de céphalées du côté gauche au départ de la jonction cervico-occipitale. Au status, les médecins ont fait état notamment de la persistance d'une vision centrale des deux côtés avec un rétrécissement concentrique bilatéral sévèrissime. Le champ visuel par confrontation digitale confirmait une atteinte importante du champ visuel concentrique bilatéral. L'ensemble de l'anamnèse et de l'examen clinique posait un diagnostic différentiel très large avec, en premier lieu, une baisse de la vision constatée en post-traumatique et, en deuxième lieu, des hypoxies à répétition qui pourraient être incriminées avec le ronflement important relevé à l'anamnèse systématique associé à une cardiopathie hypertensive. Des examens complémentaires étaient nécessaires.

14. Selon le rapport établi le 23 janvier 2002 par le Dr J_____ de la policlinique de médecine des "établissement hospitalier", l'assurée souffrait d'une hypertension artérielle de stade I, qui était défavorable au plan ophtalmologique.

15. Dans leur rapport du 8 février 2002, les Drs K_____ et L_____ du département de médecine interne et de la division de pneumologie des "établissement hospitalier", ont posé un diagnostic différentiel entre un syndrome d'apnées du sommeil et un syndrome d'obésité-hypoventilation. Des examens complémentaires concernant le sommeil de l'assurée étaient nécessaires.

16. Le Dr M_____, de l'unité de neurophysiologie de "établissement hospitalier", a procédé le 20 février 2002 aux tests complémentaires. Ces derniers ont permis d'exclure le syndrome d'apnées et d'hypopnées obstructives du sommeil. Il existait par contre un syndrome de mouvements périodiques au cours du sommeil et un probable syndrome d'impatience des membres inférieurs à l'éveil.

17. Dans un rapport du 4 mars 2002, le Dr N_____, médecin auprès des "établissement hospitalier", a indiqué à la SUVA que lors de l'accident, il y avait eu une hyperflexion du rachis cervical, un traumatisme crânien, une perte de conscience ainsi qu'une amnésie circonstancielle. Des douleurs frontales, cervicales et lombaires avaient été constatées. A titre de constatations radiologiques, il a indiqué l'absence de lésion traumatique récente.

18. Dans son rapport daté du 6 mars 2002, le Dr D_____, précité, a fait état de la persistance chez l'assurée des troubles au niveau de la tête, de la nuque, de la vision ainsi que du sommeil.

19. Le 8 avril 2002, les Drs L_____ et O_____, respectivement chef de clinique et médecin-assistant de la division de pneumologie des "établissement hospitalier", ont relevé que dans le cadre d'un état anxieux, la patiente mentionnait une difficulté nette à s'endormir avec des réveils fréquents et une irritabilité résultant le lendemain. Compte tenu du résultat des précédents examens, les syndromes d'apnées et d'hypopnées obstructives étaient exclus. Le syndrome d'obésité/hypoventilation semblait également peu probable. Par contre, les médecins retenaient une fatigue chronique sur troubles du sommeil. Ils étaient par ailleurs frappés par la thymie dépressive que l'assurée présentait. A cet égard, celle-ci avait mentionné un état d'anxiété important contribuant aux troubles du sommeil et s'associant à de fréquents épisodes de pleurs. A titre de diagnostic, ils ont retenu un probable état dépressif. Dans ce cadre, ils ont préconisé que l'assurée soit évaluée par un psychiatre. A titre de comorbidités, il est fait état notamment d'une obésité, d'un status post-accident en juin 2001 avec traumatisme crânio-cérébral, d'une hypertension artérielle traitée depuis juin 2001 ainsi que d'un status post-décompensation cardiaque gauche sur pic hypertensif en juin 2001.

20. Dans son rapport daté du 6 mai 2002, le Dr D_____ a fait état de céphalées et de syndromes vertigineux.

21. Le 31 mai 2002, l'assurée a été examinée une seconde fois par le Dr G_____. Selon son rapport daté du 3 juin 2002, la patiente lui a déclaré avoir encore des douleurs à la colonne cervicale, le bas du dos n'étant quant à lui plus sensible. A l'examen, il retrouvait une assurée avec une obésité sévère, présentant une nuque contractée impossible à examiner vu le manque de mobilité en rotations, inclinaisons, alors que lors de l'habillage et de la conversation, la mobilité était meilleure, correspondant à des signes d'aggravation de non-organicité. L'examen neurologique du Dr C_____ du 22 août 2001 avait confirmé l'absence de signe positif d'atteinte neurogène. Pour les troubles lombaires, qui avaient entraîné une incapacité de travail depuis le mois de juin 2000, aucun indice du dossier ne permettait d'admettre que cette incapacité pouvait s'arrêter au moment de l'accident. La notion de discopathie lombaire étagée avec hernie discale était connue depuis juin 2000. S'agissant des troubles cervicaux avec un tableau d'aggravation, il y avait eu déstabilisation temporaire d'un état antérieur, sans lésion radiologiquement visible en relation avec l'accident du 2 juin 2001. Il manquait cependant le dernier rapport neuro-ophtalmologique pour pouvoir juger de la responsabilité de la SUVA.

22. Par courrier du 11 juin 2002, la SUVA a informé Me SZALAI, conseil de l'assurée, que le Dr G_____ avait estimé que les troubles lombaires n'engageaient pas la responsabilité de la SUVA car ils n'étaient pas en relation avec l'accident. Pour les troubles cervicaux, des renseignements médicaux supplémentaires étaient nécessaires pour se prononcer sur l'évolution. La SUVA continuait par conséquent

à verser les prestations en faveur de l'assurée, à l'exception du remboursement des frais concernant l'affection lombaire.

23. Par courrier du 10 septembre 2002, le Dr D_____ a indiqué à la SUVA que l'état de santé de sa patiente était sans changement sur le plan physique. Il y avait cependant une nette péjoration de l'état psychique, déjà constatée lors du séjour auprès des "établissement hospitalier". La patiente avait dès lors été adressée à un psychiatre. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident. Une demande avait été déposée le 11 avril 2002 auprès de l'assurance-invalidité, car une autre activité n'était plus envisageable.

24. A la demande de la SUVA, la Dresse H_____, précitée, a en date du 28 octobre 2002, informé la SUVA que les examens complémentaires avaient confirmé la suspicion d'apnées du sommeil ainsi qu'une hypertension expliquant l'atteinte du champ visuel. De plus, une atteinte toxique ne pouvait pas être exclue.

25. Le 8 novembre 2002, le Dr G_____ a complété son rapport du 31 mai, en retenant que compte tenu des rapports de la Dresse H_____ des 16 janvier et 28 octobre 2002, les troubles visuels pouvaient être jugés sans relation de causalité pour le moins probable avec l'accident. La SUVA n'avait donc plus de responsabilité pour ce cas, que ce soit pour l'incapacité de travail ou pour le traitement médical.

26. Par décision du 14 novembre 2002, la SUVA a informé l'assurée que le Dr G_____ estimait qu'elle ne présentait plus de troubles en relation avec l'accident assuré. Ainsi, dès le 30 novembre 2002, elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière et au remboursement des soins médicaux.

27. Par courrier du 13 décembre 2002, l'assurée s'est opposée à la décision de la SUVA. Elle a fait valoir que s'il était avéré qu'elle souffrait d'une pathologie lombaire avec hernie discale depuis le mois de juin 2000, elle n'avait jamais eu avant l'accident, ni des douleurs à la colonne cervicale, ni des troubles visuels, ni des troubles psychiques et du sommeil.

    En ce qui concernait les troubles cervicaux, l'assurée ne voyait pas quel était le prétendu "état antérieur" qui, selon le Dr G_____, serait à l'origine desdits troubles. L'assurée produisait à ce propos un rapport du Dr D_____ du 21 novembre 2002, selon lequel les troubles de la colonne cervicale et l'incapacité de travail actuelle étaient liés à l'accident survenu le 2 juin 2001.

    S'agissant des troubles ophtalmologiques, il n'y avait, selon l'assurée, pas non plus lieu de les exclure des suites de l'accident. A ce sujet, elle joignait deux courriers datés du 25 novembre 2002 établis par les Drs P_____ et E_____, ophtalmologues. La Dresse P_____ a indiqué que les troubles visuels étaient en cours d'investigation. Le Dr E_____ relevait quant à lui que les importants

troubles visuels et les plaintes que présentait la patiente étaient vraisemblablement secondaires à l'accident. Enfin, l'assurée a fait valoir qu'avant l'accident, vers la fin 1999, elle avait effectué un examen de la vue. Aucun trouble n'avait alors été constaté.

Enfin, les problèmes d'ordre psychique n'avaient pas été pris en considération lors de l'appréciation du cas. Or, selon un certificat établi le 21 novembre 2002 par le Dr Q_____, spécialiste FMH psychiatre-psychothérapeute, qui suivait l'assurée depuis le 13 septembre 2002, cette dernière présentait un état de stress post-traumatique dans le cadre des suites du grave accident du 2 juin 2001, compliqué par un état dépressif majeur sévère. L'apparition des troubles ophtalmiques et de l'obésité (+30 kg depuis l'accident) constituaient des facteurs de stress aggravants. L'assurée bénéficiait d'une pharmacopsychothérapie régulière.

28. Le 18 décembre 2002, l'assurée a complété son opposition par la production de deux certificats médicaux établis par le Dr D_____, d'une part, et les Drs R_____ et P_____, médecins auprès de la clinique et policlinique d'ophtalmologie des "établissement hospitalier", d'autre part.

    Dans son rapport du 12 décembre 2002, le Dr D_____ relevait que la patiente ne s'était jamais plainte de cervicalgies avant l'accident et que ces douleurs devenaient pratiquement insoutenables, invalidantes, insomniantes, l'obligeant à se lever plusieurs fois dans le courant de la nuit. A l'examen, il existait une importante raideur et douleur de la musculature para-vertébrale cervicale.

    Le rapport établi le 4 décembre 2002 par les Drs R_____ et P_____ faisait suite à une consultation neuro-ophtalmique effectuée la veille. La périmétrie automatisée montrait un déficit périphérique bilatéral important. Une nette discrépense entre les examens avait néanmoins été constatée. Pour l'heure, la fonction visuelle était conservée. Le bilan précédent avait mis en évidence des troubles de la tension artérielle et une tendance aux hypotensions nocturnes. Le diagnostic probable retenu était celui de troubles attentionnels tels qu'ils se retrouvent parfois chez des patients traumatisés, sans pouvoir écarter une composante d'aggravation.

29. Par prononcé du 16 décembre 2003, l'OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE (ci-après : l'OCAI) a informé la SUVA que l'assurée avait été reconnue invalide à 85.6% dès le 2 juin 2001.

30. Le 22 décembre 2003, la Dresse S_____, médecin conseil de la SUVA et spécialiste FMH en ophtalmologie, a expliqué qu'au vu des pièces du dossier, l'importante réduction concentrique bilatérale était due à une apnée du sommeil et non à l'accident. Se posait la question de savoir si le Dr E_____ avait eu connaissance des rapports établis par les médecins des "établissement hospitalier".

Si le Dr E_____ maintenait tout de même sa position, il y aurait lieu de procéder à une expertise.

31. Invité à se déterminer, le Dr E_____ a, dans son courrier du 28 avril 2004, tout d'abord souligné qu'il ne partageait pas une approche mettant les troubles visuels dans un rapport exclusif avec une apnée du sommeil. Il opposait à cette approche les diagnostics d'état de stress post-traumatique, d'une part, et de troubles attentionnels tels qu'ils se retrouvent parfois chez des patients traumatisés, d'autre part, qui avaient été posés respectivement par les Drs Q_____ (rapport du 21 novembre 2002) et R_____ (rapport du 4 décembre 2002).

    Selon le Dr E_____, le rapport du Dr G_____ du 8 novembre 2002 avait quelque peu transformé la compréhension des conclusions du rapport de consultation neuro-ophtalmologique du 16 janvier 2002 des Drs H_____ et I_____. Les documents auxquels se référait la SUVA étaient tous antérieurs au 21 novembre 2002. Par conséquent, les conclusions des Drs Q_____ (rapport du 21 novembre 2002) et R_____ (rapport du 4 décembre 2002) n'avaient pas été prises en compte par le Dr G_____ dans son rapport final du 8 novembre 2002.

    Le Dr E_____ a précisé que c'était sur la base des données cliniques et anamnestiques ainsi que de l'avis du Dr Q_____ qu'il avait jugé que, non seulement les importants troubles visuels, mais également les plaintes subjectives que présentait l'assurée étaient vraisemblablement secondaires à l'accident. L'accident avait eu des conséquences notables sur l'équilibre psychique de l'assurée. A cet égard, il convenait de ne pas oublier la mention qu'il avait faite aux plaintes subjectives de l'assurée, car il s'agissait d'éléments du vécu de la patiente qui rendaient compte des demandes réitérées de prise en charge dans la globalité de son affection, tant sur le plan physique que psychique. Dans l'appréciation qu'il avait faite du cas, il avait tenu compte d'un effet possible d'accentuation des plaintes. Il n'était pas exclu que les troubles respiratoires et circulatoires, que constituaient les apnées du sommeil et la cardiopathie hypertensive, puissent également jouer un rôle négatif dans l'affection ophtalmologique et qu'ils y ajoutent une composante hypoxique. Ce que le Dr E_____ contestait était de leur faire porter l'entière et exclusive responsabilité dans l'apparition des troubles ophtalmologiques, en excluant toute implication prolongée possible de l'accident, tel que le syndrome de stress post-traumatique. La prise de poids importante depuis l'accident (+ 30 kg) pouvait également avoir joué un rôle dans les troubles respiratoires. Il maintenait par conséquent son avis.

32. Le 21 mai 2004, l'assurée a transmis à la SUVA une attestation que la Dresse T_____, ophtalmologue, avait rédigée le 22 novembre 1999. Il en résulte que l'assurée remplissait alors du point de vue oculaire les conditions requises par la loi pour l'obtention d'un permis de conduire.

33. Par courrier du 28 octobre 2004, la SUVA a mandaté le Dr U_____, ophtalmologue, afin qu'il pose un diagnostic, qu'il se détermine sur l'existence d'un lien de causalité vraisemblable, probable ou exclu entre les troubles visuels et l'accident. Dans le cas où le lien de causalité était vraisemblable, il s'agissait encore de déterminer la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle et s'il existait un traitement utile.

34. Le Dr U_____, ophtalmologue, a rendu un rapport d'expertise ophtalmologique en date du 9 décembre 2004. Il a retenu que l'assurée présentait une vision centrale des deux côtés avec un rétrécissement concentrique bilatéral sévère. Les examens faits en 2002 s'étaient révélés normaux, et le champ visuel 2002 était superposable à celui de 2004. Il ne pensait pas que les troubles objectifs et subjectifs de la patiente étaient à mettre en relation directe avec l'accident, mais par contre, ils pouvaient être en relation indirecte avec l'accident, vus les diagnostics posés en 2002, à savoir l'état de stress post-traumatique (Dr Q_____) et les troubles intentionnels qui se retrouvent parfois chez les patients traumatisés (Dr R_____).

    Selon l'expert, il était difficile d'évaluer précisément un taux d'incapacité de travail, en raison du manque de collaboration de l'assurée, celle-ci évoquant des symptômes toujours différents et dont on pouvait mal évaluer la composante psychologique. Selon lui, l'avis d'un psychiatre était plus approprié à cet égard, car il existait des composantes objectives, à savoir le rétrécissement du champ visuel et les douleurs aux mouvements, mais aussi des composantes subjectives importantes, à savoir les troubles intentionnels.

35. Le 13 janvier 2005, l'assurée s'est déterminée sur ce rapport et a relevé qu'il confirmait très clairement les importants troubles visuels dont elle souffrait. Cette atteinte ainsi établie excluait, de manière objective, l'exercice de certaines activités quotidiennes et professionnelles, alors que l'expert n'abordait que l'aspect subjectif. Il y avait donc lieu de demander à l'expert de préciser son rapport sur ce point. Par ailleurs, la prétendue normalité des examens effectués dont parlait l'expert n'était guère compréhensible vu le rétrécissement du champ visuel qu'il avait lui-même constaté. Une aggravation de l'atteinte était en outre constatable si l'on comparait les graphiques d'examens effectués en septembre et décembre 2001, septembre 2002 et septembre 2003. Enfin, l'expert avait confondu la notion de « troubles intentionnels » avec celle de « troubles attentionnels » mentionnée par le Dr R_____. Or, les troubles attentionnels étant des problèmes de concentration, la différence était, selon la recourante, importante. L'expert devait également préciser les conclusions prises au sujet du lien de causalité, dans la mesure où il n'avait pas clairement indiqué ce qu'il entendait par "relation directe" et "relation indirecte".

36. Le 24 janvier 2005, la Dresse S_____ s'est à nouveau prononcée sur le cas et a retenu que les problèmes visuels allégués par l'assurée n'avaient pas pu être objectivés par les examens pratiqués. Ils devaient donc être inclus dans le cadre d'une atteinte neuropsychologique, respectivement psychiatrique. Sur le plan purement ophtalmologique, il n'y avait donc pas d'incapacité de travail ou d'atteinte à l'intégrité.

37. Par décision sur opposition du 1er février 2005, la SUVA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision initiale. Elle a indiqué que selon son médecin-conseil, les douleurs cervicales avaient été passagèrement aggravées par l'accident, mais les radiographies n'avaient pas permis de mettre en évidence une lésion visible en relation avec l'accident. S'agissant des troubles de la vision, ils étaient en relation indirecte avec l'accident, plus précisément avec un état de stress post-traumatique. Il en allait de même des troubles du sommeil. Pour ce qui concernait précisément cette affection de nature psychique, l'existence d'une relation de causalité adéquate avec l'accident devait être niée, compte tenu des conditions jurisprudentielles applicables dans le cas d'un accident de gravité moyenne. Dès lors, il n'incombait pas non plus à la SUVA de prendre en charge les conséquences de ces troubles psychiques (troubles de la vision et du sommeil).

38. Par acte du 4 mai 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant, préalablement, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, et principalement, à l'annulation de la décision sur opposition, à la condamnation de la SUVA à lui verser des indemnités journalières après le 30 novembre 2002, à la prise en charge des soins médicaux au-delà du 30 novembre 2002, de même qu'à lui verser une rente d'invalidité, une indemnité pour atteinte à l'intégrité et une allocation pour impotent. La recourante conteste que son accident soit classé parmi la « catégorie intermédiaire, mais à la limite de la catégorie inférieure ». Cet événement, compte tenu des circonstances (violente collision frontale, violent heurt latéral à la tête, perte de conscience, désincarcération, minerve), doit, selon elle être qualifié de grave. Dès lors, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet événement et les troubles de la vision et du sommeil dont souffrait la recourante devait être tenue pour établie. Il en allait de même dans l'hypothèse où l'accident devait tout de même être considéré comme étant de gravité moyenne. En effet, plusieurs critères retenus par la jurisprudence pour admettre l'existence du lien de causalité étaient réalisés. Par ailleurs, l'existence d'un lien de causalité naturelle, laissée ouverte par la SUVA, devait également être considérée comme établie.

39. Dans sa réponse du 28 juillet 2005, la SUVA a conclu au rejet du recours, rappelant qu'il y avait lieu de se référer au rapport du Dr G_____ concernant les douleurs cervicales et que pour le surplus l'origine des troubles de la vision et du sommeil étaient d'origine psychologique. Enfin, l'accident devait objectivement être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne et les critères retenus

par la jurisprudence ne permettaient pas de conclure à l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Dans la mesure où il s'agissait bien des répercussions psychiques qui avaient eu une influence déterminante sur la persistance de l'incapacité de travail de la recourante, la SUVA était fondée à mettre fin à ses prestations d'assurance avec effet au 30 novembre 2002.

40. Par réplique du 31 octobre 2005, la recourante a persisté dans ses conclusions. S'agissant de la question de la causalité adéquate entre l'accident et les troubles de la vision et du sommeil, elle maintenait les arguments développés dans son acte de recours.

41. Le 22 novembre 2005, la recourante a produit un courrier du 2 novembre 2005 émanant du secrétariat général de "établissement hospitalier" de Genève. La recourante a souligné que cette pièce attestait non seulement du fait qu'elle avait été gardée en observation deux jours après l'accident (2-3 juin 2001), mais également qu'elle avait été à nouveau hospitalisée du 2 au 10 juillet au département de médecine interne.

42. Par duplique du 30 novembre 2005, la SUVA a persisté dans ses conclusions et relevé que l'assurée avait été hospitalisée onze jours au total, ce qui ne permettait pas de conclure à une durée anormalement longue du traitement au sens de la jurisprudence. Par ailleurs, aucun des éléments médicaux figurant au dossier ne mettait en évidence une origine somatique aux troubles de la vue et du sommeil. Pour le surplus, les faits évoqués ne permettaient pas d'admettre la réalisation de critères jurisprudentiels supplémentaires.

43. Par courrier spontané du 8 décembre 2005, l'assurée a produit un rapport concernant son hospitalisation du 2 au 11 juillet 2001 établi par le Prof. V_____ en date du 22 novembre 2005. Le diagnostic principal retenu à l'époque avait été celui de décompensation cardiaque gauche sur un pic hypertensif. Trois jours avant son admission, la recourante avait présenté une dyspnée progressive. Le jour de l'hospitalisation, elle avait ressenti une dyspnée de repos, une oppression thoracique, des bourdonnements d'oreille et des céphalées. Il avait alors été constaté une tension artérielle à 230/130 mmHg. Il n'y avait pas eu de récidive d'hypertension artérielle pendant le séjour. Il avait été profité de cette hospitalisation pour terminer le bilan de la découverte fortuite d'une selle turcique vide.

44. Par un nouveau courrier spontané du 5 janvier 2006, l'assurée a produit deux pièces supplémentaires, soit un rapport d'interprétation du Dr X1_____, radiologue, du 15 novembre 2005, ainsi qu'un rapport de minéralométrie du 8 décembre 2005 du Dr B_____. Il ressortait du premier de ces rapports une légère diminution de hauteur du mur antérieur de L1-L2 compatible avec une fracture-tassement dont

l'âge ne pouvait être déterminé. Selon la recourante, des explications complémentaires données oralement par le Dr B_____ faisaient état d'une ancienne fracture. Dans la mesure où la recourante n'avait pas eu d'autre traumatisme pouvant expliquer cette fracture-tassement, elle en concluait que cet élément devait raisonnablement être mis sur le compte de l'accident du 2 juin 2001. La recourante sollicitait par conséquent du Tribunal de céans qu'il ordonne un examen complet de sa colonne vertébrale.

45. En date du 10 octobre 2006, l'intimée a indiqué qu'au vu du diagnostic posé suite à la seconde hospitalisation de la recourante, elle considérait que ce séjour hospitalier n'était pas en relation de causalité avec l'accident de juin 2001. L'intimée a rejeté par ailleurs la requête d'expertise relative à la colonne vertébrale de la recourante.

46. Le 20 mars 2007, le Tribunal de céans a adressé un courrier au Dr Q_____ afin de connaître la durée du traitement médical suivi par la recourante, ainsi que le degré et la durée de l'incapacité de travail qu'elle présentait en raison de ses troubles psychiques.

47. Par courrier du même jour, le Tribunal de céans a également requis du Dr G_____, des précisions quant à son rapport du 3 juin 2002 à la date de la survenance d'un éventuel statu quo sine/ante s'agissant des troubles cervicaux.

48. Le 23 mars 2007, le Dr Q_____ a indiqué suivre régulièrement la recourante depuis le 13 septembre 2002. Le degré de l'incapacité de travail était total depuis le début de sa prise en charge, car avant le 13 septembre 2002, les troubles psychiatriques présentés par sa patiente en relation avec l'accident du 2 juin 2001 n'avaient pas été investigués, en raison certainement de l'urgence somatique. Il a précisé que tout portait à croire que le début des problèmes psychiques se situait depuis l'accident, avec une constatation objective, en particulier une prise de poids d'environ 30 kg depuis l'accident, selon les dires de la patiente, ce symptôme étant tout à fait compatible avec une intense souffrance psychique que la patiente avait "traité" par une augmentation de l'ingestion alimentaire.

49. Dans un courrier du 23 mars 2007, le Dr Y_____, médecin-conseil de l'intimée et spécialiste en chirurgie, a rappelé que le Dr G_____ avait affirmé dans son rapport du 31 mai 2002, que l'accident avait déstabilisé de façon temporaire un état antérieur et qu'aucune lésion organique traumatique n'avait été révélée radiologiquement. Il résultait de cette appréciation que l'on pouvait conclure que les conséquences délétères de l'accident au niveau cervical étaient considérées définitivement éteintes le 31 mai 2002.

50. A la demande du Tribunal de céans, le dossier AI de la recourante a été versé à la procédure.

Il résulte d'un rapport établi le 5 décembre 2003 par le Dr Q_____ que la recourante présentait un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2), un état de stress post-traumatique chronifié (F43.1) ainsi que de problèmes somatiques dont des troubles ophtalmologiques. Il a expliqué qu'il suivait sa patiente depuis le 13 septembre 2002. Elle aurait voulu venir plus tôt, mais les nombreuses investigations somatiques, en particulier ophtalmologiques, ne lui avaient pas laissé de disponibilité psychique pour se consacrer à sa sphère psychique. Elle présentait principalement un état de stress post-traumatique chronifié suite au grave accident du 2 juin 2001. Ensuite, l'état psychique s'était compliqué par une dépression sévère, en particulier dans le cadre de séquelles ophtalmologiques (important rétrécissement concentrique du champ visuel). Elle s'était présentée à la première consultation hyperémotive, en pleurs, aboulique, en état d'autodévalorisation et de honte, présentant un repli social, des idées noires et parfois suicidaires. La patiente revoyait encore en moyenne une fois par semaine, de jour comme dans les cauchemars, les images de l'accident. Le rapport fait état d'hypersensibilité, d'irritabilité, de sursauts aux bruits soudains, de la peur de la circulation, la recourante se cramponnant dans la voiture, scrutative de peur d'un nouvel accident. Il n'existait pas d'antécédents personnels. A titre de plaintes, le médecin a indiqué que la patiente était très gênée par les limitations physiques (la vision tunnelaire, les céphalées, les dorsalgies, l'obésité…) dans la vie quotidienne ainsi que par d'importants troubles cognitifs (de mémoire récente et de concentration, tel que l'oubli d'éteindre la cuisinière). La recourante s'isolait, fuyait les gens et la société, ayant honte d'elle-même et de son état somato-psychique. Enfin, le médecin a fait état d'insomnie, de fatigue, de tristesse et de manque de plaisir. Le pronostic était très réservé.

51. Par courrier du 19 avril 2007, les parties ont reçu une copie des rapports des Drs Q_____ et Y_____ et ont été informées de ce que le dossier AI était à disposition pour consultation. Un délai leur était accordé pour d'éventuelles observations.

52. Par écriture du 9 mai 2007, la recourante a fait valoir que le Dr Y_____ n'avait pas procédé aux examens qui étaient à la base du rapport du 3 juin 2002. Il n'était donc pas, selon elle, apte à apporter des informations complémentaires. Elle fait valoir que le Dr Y_____ avait totalement fait abstraction du fait que le Dr G_____ avait précisé qu'il manquait le dernier rapport de neuro-ophtalmologie pour juger de la responsabilité de la SUVA. Selon elle, dans son rapport du 3 juin 2002, le Dr G_____ avait manifestement réservé son appréciation sans se prononcer sur le statu quo sine/ante. L'affirmation du Dr Y_____ selon qui les conséquences de l'accident du 2 juin 2001 étaient considérées définitivement éteintes le 31 mai 2002, étaient donc infondées. Dans son rapport du 8 novembre 2002, le Dr G_____ avait indiqué que, sur la base du rapport de neuro-ophtalmologie des Dresses H_____ et I_____, il n'y avait pas de relation de causalité entre l'accident et les troubles visuels. Selon la

recourante, le Dr G_____ avait cependant omis le fait que ces médecins avaient précisé que la "baisse de vision constatée en post-traumatique" était soulevée "en premier lieu". Le rapport neuro-ophtalmologique du 4 décembre 2002 avait également retenu "le diagnostic probable de troubles attentionnels tels qu'ils se retrouvent parfois chez des patients traumatisés sans pouvoir écarter une composante d'aggravation"; ce qui confirmait le lien de causalité avec l'accident. Enfin, la prétendue absence de lésion radiologiquement visible invoquée par le Dr G_____ dans son rapport du 3 juin 2002 devait être remise en cause au vu du rapport d'interprétation du Dr X1_____ du 15 novembre 2005. S'agissant des troubles psychiques, le Dr Q_____ avait confirmé que leur origine se situait au moment de l'accident. Ce médecin établissait un lien clair entre la souffrance psychique et l'importante prise de poids survenue depuis l'accident. Cette prise de poids étant mentionnée également dans les rapports des Drs H_____ et I_____ et G_____, on devait supposer qu'elle avait un lien avec les autres problèmes de santé. Une expertise interdisciplinaire et non seulement psychiatrique était donc indiquée.

53. Par écriture du 10 mai 2007, l'intimée a indiqué que le Dr Y_____ avait été tout à fait en mesure de répondre à la question posée par le Tribunal de céans, les rapports du Dr G_____ étant suffisamment complets. Elle rappelait que selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cessait de produire ses effets après plusieurs mois. Par ailleurs, l'intimée a fait valoir que les problèmes de poids de la recourante étaient antérieurs à l'accident, dès lors que l'obésité était déjà mentionnée dans des rapports établis avant ou juste après l'accident. Ces problèmes n'étaient donc pas la conséquence de l'accident. L'intimée a persisté dans ses conclusions et s'est opposée à la demande d'expertise faite par la recourante, la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques existants après le 30 novembre 2002 devant être niée.

54. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 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 (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Le présent litige, qui concerne le droit éventuel à des prestations suite à un accident survenu en juin 2001, doit être examiné à l'aune des dispositions de la LAA en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002.

3. Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de leur entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a).

   Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, l'art. 106 LAA prévoit un délai de recours de trois mois.

   Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer le droit de la recourante aux prestations d'assurance. La question des cervicalgies sera examinée dans un premier temps, puis celle relative aux troubles psychiques.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. La responsabilité de l'assureur-accident s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références).

   a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, tout d'abord, un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'

accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

On rappellera que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER / RAMSEIER, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.

Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (ATFA du 27 octobre 2005 U 389/04; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 264 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé, celui doit à tout le moins établir au degré de la vraisemblance prépondérante que les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêts B. du 30 novembre 2004, U 222/04, C. du 14 octobre 2004, U 66/04, et N. du 4 octobre 2004, U 159/04).

b) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). Toutefois, en présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon

l'expérience médicale (ATF 118 V 291 consid. 3a; 117 V 365 consid. 5d/bb et les références; FRESARD, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, n. 39).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dès lors, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a).

d) Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la SUVA aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 ss. consid. 3b/ee). Par ailleurs, en ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

6. Selon l'intimée, dès le 1er décembre 2002, le lien de causalité naturelle entre les cervicalgies et l'accident assuré était rompu. Elle s'est fondée pour cela sur l'avis de son médecin-conseil, le Dr G_____.

   Dans son rapport du 2 novembre 2001, le Dr G_____ expliquait qu'à l'examen de la nuque de la recourante, il retrouvait quelques signes d'aggravation. Selon lui, dans le cadre d'un accident de la route avec choc latéral au niveau de la tête et de la colonne cervicale, un traumatisme crânien, une perte de connaissance et une amnésie circonstancielle, l'effet délétère de l'accident était alors encore présent.

   Le Dr G_____ a revu le 2 juin 2002 la recourante, laquelle se plaignait d'avoir encore des douleurs à la colonne cervicale, le bas du dos n'étant quant à lui plus sensible. A l'examen, elle présentait une nuque contractée impossible à examiner vu le manque de mobilité, alors que lors de l'habillage et de la conversation, la mobilité était meilleure. Il a précisé que s'agissant des troubles cervicaux, avec un tableau d'aggravation, il y avait eu une déstabilisation temporaire d'un état antérieur, sans lésion radiologiquement visible en relation avec l'accident. Le Dr G_____ a, le 8 novembre 2002, complété ce rapport. Son appréciation a alors uniquement porté sur la question de la causalité naturelle des troubles visuels.

   Le Tribunal de céans est d'avis que les considérations médicales du Dr G_____ sont insuffisantes pour justifier à elles seules la suppression du droit de la recourante aux prestations.

   En effet, en date du 2 novembre 2001, le Dr G_____ n'a pas remis en cause le fait que l'accident assuré avait été le facteur déclencheur des cervicalgies de la recourante. A ce moment-là, il n'évoquait nullement l'éventualité que des troubles dégénératifs ou maladifs antérieurs auraient également joué un rôle dans l'apparition ou le maintien de ces douleurs. Puis, dans son rapport du 3 juin 2002, il a considéré, sans motiver son avis et de manière totalement abstraite, que s'agissant des troubles cervicaux, il y avait eu "*déstabilisation temporaire d'un état antérieur*".

   Or, à teneur de ce rapport, il est impossible de déterminer quels sont les troubles maladifs antérieurs qui auraient, selon le Dr G_____, joué un rôle dans le cas d'espèce, ce médecin n'ayant donné aucune explication à ce sujet. On ne sait pas, en effet, quels sont concrètement les faits, d'ordre médical, qui ont modifié l'appréciation du Dr G_____ entre novembre 2002 et juin 2003.

   Le Dr G_____ n'a pas non émis plus des considérations d'ordre général, telle que l'expérience médicale pour justifier son avis. Au demeurant, un avis qui reposerait davantage sur des considérations d'ordre général que sur les données individuelles du cas - même si ces considérations ne sont pas dénuées d'importance dans une évaluation médicale -, ne saurait emporter entièrement la conviction.

De plus, le Dr G_____ n'a pas fixé de date relative au statu quo sine/ante. L'avis complémentaire donné le 23 mars 2007 par le Dr Y_____, médecin-conseil de l'intimée, pour qui, à la lecture du rapport de son confrère, la date du statu quo sine/ante serait le 31 mai 2002, n'est pas motivé. Il ne convainc dès lors pas.

D'ailleurs, il convient de relever que, suite au rapport du 3 juin 2002 du Dr G_____, l'intimée n'a pas non plus considéré que le lien de causalité entre les cervicalgies et l'accident assuré était rompu, puisqu'elle a informé la recourante, par courrier du 11 juin 2006, que s'agissant des troubles cervicaux, des renseignements médicaux supplémentaires étaient nécessaires pour pouvoir se prononcer sur l'évolution. Les troubles lombaires n'étaient, quant à eux, pas en relation avec l'accident.

Le Tribunal de céans est par conséquent d'avis que le rapport du Dr G_____ du 3 juin 2002 n'établit pas, au degré de la vraisemblance prépondérante requise, qu'au 1er décembre 2002, le statu quo ante/sine a été atteint s'agissant des cervicalgies.

Par conséquent, il y a lieu de considérer que les cervicalgies étaient encore en lien de causalité avec l'accident assuré. Reste à examiner la question du lien de causalité (naturelle et adéquate) des troubles psychiques avec l'accident.

7. En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury), de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 337 sv. consid. 1, 117 V 360 sv. consid.4b).

8. En l'espèce, il y a lieu de constater que malgré la description de l'accident subi par la recourante et la nature des lésions encourues, l'intimée n'a pas examiné si l'on était en présence d'un tableau clinique typique permettant d'admettre l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral ou d'un traumatisme analogue à un traumatisme de type "coup du lapin".

Or, le Tribunal de céans est d'avis que la recourante a subi un tel traumatisme. Cette constatation résulte, d'une part, du mécanisme de l'accident, à savoir une collision fronto-latérale avec une voiture venant en sens inverse, et d'autre part, des effets

physiques de l'accident sur la recourante, tels qu'ils ont été décrits par les médecins appelés à se prononcer sur son état de santé:

- un impact de la tête, un mécanisme d'hyperflexion, avec perte de connaissance et amnésie circonstancielles; entorse/foulure du rachis cervical (rapport du Dr A_____ du 3 juin 2001);

- choc crânien avec perte de connaissance; important syndrome cervical (rapport du Dr C_____ du 22 août 2001);

- un status post-contusion du crâne; status post-commotion cérébrale; status post-entorse de la colonne cervicale antéro-postérieure (Dr D_____ du 18 septembre 2001);

- choc latéral au niveau de la tête et de la colonne cervicale, traumatisme crânien, perte de connaissance et amnésie circonstancielle (Dr G_____, rapport du 1er novembre 2001);

- hyperflexion du rachis cervical, traumatisme crânien, perte de conscience et amnésie circonstancielle (Dr N_____, rapport du 4 mars 2002);

- traumatisme crânio-cérébral (rapport du Dr L_____ du 8 avril 2002).

Ces rapports médicaux sont certes peu étayés en ce qui concerne le traumatisme subi par la recourante, mais ils sont concordants. Même si les radiographies et scanner réalisés après l'accident n'ont révélé aucune fracture, les diagnostics de traumatisme crânio-cérébral et d'entorse/foulure cervicale n'ont pas été mis en doute par les médecins, et notamment pas par le Dr G_____. Aucun élément au dossier ne permet de douter du caractère fondé des diagnostics concordants posés par les médecins.

Par ailleurs, suite à l'accident, la recourante a subi une entorse/foulure du rachis cervical (Dr A_____, rapport du 3 juin 2001) et a souffert de cervicalgies (Dr A_____, rapport du 3 juin 2001; Dr C_____, rapport du 22 août 2001; Dr D_____, rapport du 18 septembre 2001; Dr G_____, rapport du 2 novembre 2001; Dr N_____, rapport du 4 mars 2002). Elle a également présenté, en résumé, des douleurs frontales (Dr A_____, rapport du 3 juin 2001); des cervicalgies (Dr A_____, rapport du 3 juin 2001; Dr C_____, rapport du 22 août 2001; Dr G_____, rapports du 1er novembre 2001 et du 3 juin 2002; Dr N_____, rapport du 4 mars 2002; Dr D_____, rapports des 21 novembre et 12 décembre 2002); un état anxieux, un état de stress, des tremblements (Dr D_____, rapport du 18 septembre 2001); des troubles de la vision (Dr E_____, rapport du 26 septembre 2001; Dr G_____, rapport du 1er novembre 2001; Dresses H_____ et I_____, rapport du 16 janvier 2002), des céphalées (Dresses H_____ et

I_____, rapport du 16 janvier 2002; Dr D_____, rapport du 6 mars 2002); une fatigue chronique, des troubles du sommeil, une thymie dépressive, un état d'anxiété important, des épisodes de pleurs, une irritabilité (Dr Q_____, rapport du 5 décembre 2003; Drs L_____ et O_____, rapport du 8 avril 2002); des syndromes vertigineux (Dr D_____, rapport du 6 mai 2002); des troubles attentionnels (Drs R_____ et P_____ du 4 décembre 2002); des bourdonnements d'oreille et des céphalées (rapport du Dr V_____ du 22 novembre 2005).

Les plaintes de la recourante correspondent dans l'ensemble au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin" (cf. en relation avec un assuré dont le véhicule a percuté latéralement un petit mur: ATFA non publié du 30 juillet 2002, U.249/2001). Ces plaintes, et notamment les cervicalgies, étaient présentes immédiatement après l'accident et ont persisté de manière constante par la suite. En outre, même si les vertiges, la fatigue et l'irritabilité n'ont été mentionnés que les 8 avril et 6 mai 2002 par les Drs L_____ et O_____, respectivement le Dr D_____, cela n'implique pas nécessairement que leur mention coïncident avec leur apparition.

Les plaintes précitées, dûment attestées par des rapports médicaux peuvent donc, sans aucun doute, être attribuées à des atteintes à la santé. Ces atteintes à la santé apparaissent en outre, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident**.** En effet, s'agissant des troubles visuels, le Tribunal de céans relèvera que l'avis du Dr G_____, selon qui ces troubles ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident, n'est pas convainquant au vu des pièces du dossier.

Le médecin-conseil est parvenu à cette conclusion en se fondant sur les indications données par la Dresse H_____, laquelle a indiqué dans une note manuscrite du 28 octobre 2002, que les examens complémentaires effectués par la recourante, avaient confirmé la suspicion d'apnées du sommeil ainsi qu'une hypertension expliquant l'atteinte du champ visuel.

Or, le médecin qui a effectué lesdits examens complémentaires a conclu, sur la base des résultats obtenus, à l'exclusion des syndromes d'apnées et d'hypnopées obstructives (Dr M_____, rapport du 20 février 2002). Ces résultats ont ensuite été confirmés par les Drs L_____ et O_____ (rapport du 8 avril 2002).

Par ailleurs, le Dr U_____, expert ophtalmologue mandaté par l'intimée, est parvenu à la conclusion que l'accident avait joué un rôle dans l'apparition des troubles visuels chez la recourante, ceux-ci étant, selon l'expert, en relation indirecte avec le traumatisme subi le 2 juin 2001. L'avis de cet expert est en outre corroboré par l'appréciation du Dr E_____, ophtalmologue, pour qui les

troubles visuels sont secondaires à l'accident (rapports des 25 novembre 2002 et 28 avril 2004), et par les Drs R_____ et P_____, selon qui le diagnostic probable était celui de troubles attentionnels tels qu'ils se retrouvent parfois chez des patients traumatisés (rapport du 4 décembre 2002).

Il ressort en outre du rapport du Dr Q_____ daté du 5 mars 2003, que la recourante présentait principalement un état de stress post-traumatique chronifié suite à l'accident du 2 juin 2001. Ensuite, l'état psychique s'était compliqué par une dépression sévère, en particulier dans le cadre des séquelles ophtalmologiques. Ces atteintes apparaissent ainsi, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident**.**

Compte tenu de ce qui précède, et conformément aux principes développés par la jurisprudence en matière de troubles consécutifs à un traumatisme crânio-cérébral, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail doit par conséquent être admise.

9. Il convient dès lors d'examiner si ce rapport de causalité est adéquat de surcroît.

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

b) En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. 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 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. 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 règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique.

c) Lorsque l'existence d'un traumatisme du type "coup du lapin" est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 consid. 3b). Ces critères sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 140 s consid. 6c/aa et bb et 409 s consid. 5c/aa et bb; FRESARD, op. cit., ch. 39 et les références).

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type «coup du lapin», d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa), il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv consid. 3b).

On rappellera cependant que même en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, lorsque les lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un accident de ce type, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique selon les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non ceux énumérés aux ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b (ATF 123 V 99 consid. 2; RAMA 2002 n°U 470 p. 532 consid. 4a). Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement (RAMA 2000 n° U 397 p. 327) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme du type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé

indépendante (ATFA non publié du 5 octobre 2006, U 385/05; RAMA 2001 n° 412 p. 79 consid. 2b).

En l'espèce, sur le vu des critères objectifs, l'accident de circulation du 2 juin 2001 doit être classé dans les accidents de gravité moyenne. En effet, force est de constater que le déroulement de l'événement en cause et l'intensité des atteintes qu'il a générées ne sont pas tels qu'il faille admettre l'existence d'un accident grave (pour mémoire : ont été qualifiés de gravité moyenne un choc frontal entre deux voitures de gravité moyenne - ATA du 2 septembre 1997 - , une chute d'ascenseur sur deux étages - ATFA U 204/00-, la chute d'un bloc de pierre d'un immeuble en construction sur un ouvrier lui percutant le dos, la jambe et causant un traumatisme crânien - ATFA U 338/05-, un piéton renversé par une voiture avec traumatisme crânien - ATFA U 128/03). A noter que notre Haute Cour a eu l'occasion de juger que le fait de perdre connaissance et d'avoir été désincarcéré ne suffit pas à faire admettre dans un tel cas l'existence d'un accident grave, ni à conférer à l'accident un caractère particulièrement impressionnant (ATFA non publié du 1er février 2005 en la cause U 65/04).

En outre, au vu des pièces du dossier, les troubles psychiques n'étaient pas déjà présents avant l'accident, ils ne constituent pas non plus une atteinte à la santé indépendante et les lésions appartenant au tableau clinique typique d'un traumatisme du type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral ne sont pas reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique. Le caractère adéquat du lien de causalité doit donc être examiné en application des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin", en particulier sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteinte l'assurée sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 366 consid. 6a et 382 consid. 4b).

En l'espèce, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Les lésions physiques subies ne sont pas non plus particulièrement graves, étant précisé qu'une entorse cervicale caractérisée avant tout par l'apparition de douleurs cervicales, sans atteinte organique objectivable n'est pas considérée comme une atteinte grave à la santé (ATFA non publié du 1er juin 2004 en la cause U 35/03 consid. 8.2). Il n'apparaît pas non plus que la recourante ait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

En revanche, la recourante a présenté des douleurs persistantes, sous la forme de cervicalgies insomniantes, de céphalées et de syndromes vertigineux. Par ailleurs, le traitement médical n'était, à la date de la décision sur opposition, soit presque 4 ans après l'accident, pas encore fini, de sorte qu'il doit être considéré comme particulièrement long. La durée de l'incapacité de travail est par ailleurs longue, elle

aussi, puisque sur le plan psychique en tout cas, à la date de la décision sur opposition, elle perdurait encore. Cette incapacité de travail est en outre totale. On retiendra en outre le critère des complications apparues en cours de guérison, dès lors que, l'état psychique de la recourante s'est compliqué par une dépression sévère, en particulier dans le cadre des séquelles ophtalmologiques.

Ce sont donc quatre des sept critères qui sont remplis en l'espèce, ce qui justifie aux yeux du Tribunal de céans de retenir la causalité adéquate entre les troubles visuels, l'état de stress post-traumatique, l'épisode dépressif sévère et l'accident assuré.

L'ensemble de ces circonstances conduit à admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé dont souffre la recourante.

Par conséquent, le recours sera admis, et la SUVA invitée à reprendre le versement de ses prestations.

10. Enfin, dans une écriture spontanée du 5 janvier 2006, la recourante a fait état d'une fracture-tassement à la colonne lombaire et a conclu à ce qu'un examen complet de sa colonne vertébrale soit effectué.

    Il n'est cependant pas possible de tenir compte, dans la présente procédure, du nouveau diagnostic posé par le Dr X1_____, dans la mesure où il date du 15 novembre 2005, soit plus de 9 mois après la décision sur opposition rendue le 1er février 2005. En effet, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et ne tient pas compte des circonstances survenues après la décision litigieuse (ATF 121 V 366 consid. 1b; ATFA non publié du 20 mars 2006, I 644/04 consid. 4).

11. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000.- fr. lui sera accordée à titre de dépens.

PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule les décisions de la SUVA des 14 novembre 2002 et 1er février 2005.

3. Condamne la SUVA à reprendre le versement de ses prestations en faveur de la recourante à compter du 30 novembre 2002.

4. Condamne la SUVA à verser à la recourante une indemnité de 2'000.- fr à titre de dépens.

5. 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 :
Marie-Louise QUELOZ	Doris WANGELER

La secrétaire-juriste: Amélia PASTOR

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