

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2014/2003

ATAS/758/2007

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 3 juillet 2007

En la cause

Madame C_____, domiciliée 1206 GENEVE, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître FASEL Serge

recourante

contre

BALOISE ASSURANCES, sise Aeschengraben 21, postfach,
4002 BASEL, comparant avec élection de domicile en l'étude de
Maître GROSJEAN Christian

intimée

**Siégeant : Isabelle DUBOIS , Présidente, Christine BULLIARD et Bertrand REICH,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame C_____ (ci-après : la recourante) née le 1957, mariée et mère de trois enfants, a fait une chute le 28 novembre 1995 dans les escaliers, sur son lieu de travail. Sa tête a heurté le mur, puis le bord d'une marche d'escalier. Retrouvée inanimée, elle a été transportée à l'hôpital. La recourante a été blessée au bassin, au dos, aux bras et à la nuque. L'accident a également provoqué des céphalées, cervicalgies, vertiges, et nausées.
2. La Bâloise, Compagnie d'assurances (ci-après : l'intimée) a pris en charge les suites de l'accident et versé les indemnités journalières ainsi que pris en charge les frais médicaux en découlant.
3. Un certain nombre de rapports médicaux a été versé au dossier de l'intimée, en particulier :

- un rapport du Docteur A_____, spécialiste FMH, du mois d'octobre 1995 : le diagnostic est « état dépressif réactionnel XXX !!! ». Une reprise à 50% est prévue le 16 octobre, l'évolution de la maladie est très lente, il y a un suivi psychiatrique (ou il devrait y avoir un suivi psychiatrique, texte peu lisible). Le médecin précise « gros cas, évolution en dents de scie, a eu trois opérations, hernie récidivante ce jour ».

- un rapport du Docteur C_____, psychiatre et psychothérapeute, du 29 janvier 1996 : il relève un état dépressif développé dans un contexte de difficultés multiples, un antécédent avec hospitalisation en milieu psychiatrique dix ans plus tôt. Le diagnostic est « état dépressif sévère récurrent CIM F 33.2 ; trouble de la personnalité CIM F 60.9 ».

- un rapport d'expertise du Docteur D_____, spécialiste en neurochirurgie, du 5 septembre 1997 : les constatations objectives sont « traits dépressifs, troubles mnésiques, troubles de l'orientation spatiale, léger émisyndrome séculaire gauche ». Le diagnostic est « syndrome psycho-organique post-traumatique et suspicion d'une atteinte du tronc cérébral, statut après TCC avec commotion et contusion cérébrale et traumatisme cervicale avec contusion-distorsion de la colonne cervicale datant du 28.11.1995, petit méningiome de la convexité pariétale droite d'un centimètre de diamètre, troubles digestifs probables ». Le praticien relève que selon l'anamnèse et les différents rapports au dossier, ainsi que ses propres constatations l'accident apparaît « comme cause unique de l'atteinte à la santé constatée ». L'incapacité de travail est totale. La patiente n'est pas guérie, elle doit être prise en charge tant sur le plan physique que psychique. Et de préciser « un délai d'au moins deux ans doit être retenu provisoirement » (cf. p. 23 expertise). Il

n'y a pas d'incapacité indépendante de l'accident selon le praticien. L'expert précise qu'il ne serait « pas judicieux de conclure tout au moins pour le moment à un banal syndrome subjectif post-traumatique même si une participation psychogène réactionnelle n'est pas exclue ». La durée des troubles, les trouvailles cliniques, neuropsychologiques, auto-neurologiques suggèrent une atteinte sérieuse du système nerveux central et plus particulièrement du tronc cérébral. L'expert préconise un EEG de sommeil et une imagerie dynamique telle que le PET (positron émission d'homographie).

- un rapport du Docteur E_____, psychiatre et psychothérapeute, du 6 octobre 2000 : intitulé « rapport détaillé des consultations psychiatriques », ce praticien diagnostique un syndrome de stress post-traumatique, un état dépressif sévère, une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe.

- un rapport du Docteur F_____, médecine interne, du 13 décembre 2000 : le diagnostic est « syndrome psycho-organique post-traumatique avec atteinte probable du tronc cérébral ». Le traitement durera en tout cas jusqu'à fin 2001, l'incapacité de travail est totale, à la question de savoir si un dommage permanent est à craindre, le praticien répond oui, invalidité définitive.

- un rapport du Docteur G_____, médecine interne, du 12 février 2002 : il relève la persistance des nausées, des céphalées, de la photophobie, des douleurs de tout l'axe vertébral, de paresthésie dans les quatre membres, de troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration. Le diagnostic est « syndrome psycho-organique post-traumatique avec suspicion d'une atteinte du tronc cérébral. Status après traumatisme crânio-cérébral avec commotion et contusion cérébrale, traumatisme cervical et contusion-distorsion de la colonne cervicale datant du 28 novembre 1995. Petit méningiome de la convexité pariétale droite de 1 centimètre de diamètre ». Le pronostic est défavorable et sévère vu l'ancienneté de l'accident. La capacité de travail est nulle actuellement. « Pas d'amélioration significative possible de la capacité de travail future à mon avis ».

4. Au mois d'avril 2002, l'intimée a diligenté une expertise pluridisciplinaire, qui a été confiée au Centre multidisciplinaire de la douleur. Les experts mandatés, soit les Docteurs H_____, neurologue, et I_____, psychiatre et psychothérapeute, ont rendu leur rapport en date du 17 janvier 2003. Les diagnostics sont « status après TCC mineur ayant entraîné une commotion cérébrale survenue le 28.11.1995. Nombreuses plaintes, troubles sensitivomoteurs émicorporels gauche et troubles de l'équilibre sans substrat somatique objectivable cliniquement et paracliniquement correspondant à un trouble somatoforme douloureux ». Les experts indiquent qu'il apparaît « évident que la symptomatologie de même que les anomalies mises en évidence à l'examen clinique ne sont pas en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 28.11.1995 qui était de nature à entraîner au pire un syndrome post-

commotionnel pour une période de quelques semaines à trois-six mois au plus ». Ils reconnaissent une totale incapacité de travail, sans relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel. A la question de savoir depuis quand le trouble somatoforme douloureux existe, ils répondent « suite à l'accident mais également précédemment ». La cause en est une maladie sans relation avec l'accident. La personnalité pré-morbide à 100% est responsable des troubles, à titre de facteur étranger.

5. Par décision du 15 mai 2003, l'intimée a mis fin aux prestations avec effet au 30 avril 2003, sur la base de l'expertise des Docteurs H_____ et I_____.
6. Suite à l'opposition, l'intimée a confirmé sa décision sur opposition du 22 juillet 2003.
7. Dans son recours du 21 octobre 2003, la recourante conclut principalement à ce qu'il soit dit que l'événement du 28.11.1995 constitue un accident, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de couvrir l'accident à titre de l'assurance-accident, à ce qu'il soit ordonné à l'intimée de prendre en charge tous les frais médicaux et les soins liés à cet accident, ainsi qu'à verser les indemnités journalières, à ce que ses droits soient réservés pour le surplus et au paiement de dépens. Subsidiairement elle conclut à une expertise. S'appuyant sur les nombreux rapports médicaux au dossier, la recourante conteste les conclusions des experts H1_____ et I_____, en particulier le fait qu'un trouble organique, plus particulièrement du tronc cérébral est nié. Elle se réfère pour cela à un courrier du Docteur G_____, du 28 mars 2003 qui réfute le diagnostic retenu par les experts. Ce médecin reprend les différents diagnostics retenus par les autres médecins consultés, dont les rapports figurent au dossier, et qui rejoignent le sien propre. Un état dépressif sévère récurrent est signalé, au contraire de troubles somatoformes. Il relève également que l'examen de l'olfaction et de la gustation n'a pas pu être exécuté de façon valable. Il rappelle que sa patiente a ressenti immédiatement après le traumatisme l'ensemble des douleurs qui sont les siennes, symptomatologie qui lui semble assimilable à celle décrite après traumatisme d'accélération crânio-cervical, appelée aussi troubles associés à l'entorse cervicale (whiplash-associated disorder) par conséquent l'absence de toute causalité naturelle retenue par les experts est également formellement contestée.
8. Dans sa réponse du 19 novembre 2003, l'intimée conclut au rejet du recours avec suite de dépens. En substance, l'intimée s'appuie sur l'expertise précitée, considérant que les experts sont parfaitement clairs, que leurs conclusions reposent sur des constatations médicales objectives et cohérentes ainsi que sur une appréciation de la situation médicale précise, de sorte qu'elles ont toute valeur probante. Par conséquent elle nie le caractère incomplet voire erroné que lui prête la recourante. Le Docteur G_____ étant le médecin traitant de la recourante son avis ne peut prévaloir sur celui d'experts.

9. Dans sa réplique du 2 février 2004, la recourante rappelle que la première expertise, ordonnée deux ans après l'accident était dénuée de toute ambiguïté sur la persistance du lien de causalité, et que contrairement à ce qu'allègue les derniers experts plusieurs rapports médicaux font état de troubles liés à l'accident plus de six mois après ce dernier, de sorte que les conclusions de ces experts ne sont pas compréhensibles.
10. Le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties, qui s'est tenue en date du 25 mai 2004. A cette occasion, les parties ont procédé à un échange de vue, limité à la question de savoir si une contre-expertise se justifiait. Un délai a été accordé aux parties au 30 juin 2004 pour détermination sur cette question, proposition d'un ou deux noms d'experts et proposition de questions.
11. Par écritures du 29 juin 2004, la recourante persiste à demander une contre-expertise neurologique, pour toutes les raisons déjà exposées dans ses écritures. Elle se rapporte au choix du Tribunal sur le nom de l'expert, pour autant qu'il puisse établir son rapport d'expertise en langue française et dans un délai raisonnable. Suit une liste de proposition de questions.
 1. Quant à l'intimée, par écritures du 30 juin 2004, elle s'oppose à titre principal à ce qu'une contre-expertise neurologique soit ordonnée, au vu de la valeur probante qu'il faut reconnaître à l'expertise pluridisciplinaire effectuée. Elle indique cependant les noms des Docteurs J_____, FMH en neurologie à Lausanne et Docteur K_____ à Sion. Suit une proposition de mission d'expertise.
12. Le greffe du Tribunal de céans s'est enquis auprès des deux cabinets susmentionnés des délais pour mener à bien une expertise, cas échéant. Les deux praticiens ont indiqué pouvoir recevoir la recourante courant octobre prochain. Après communication de ces réponses aux parties, par pli du 15 juillet 2004, la cause a été gardée à juger sur demande de contre-expertise.
13. Par ordonnance d'expertise du 30 juillet 2004, le Tribunal de céans a ordonné une contre-expertise neurologique de la recourante, et l'a confiée au Dr K_____. Le Tribunal a considéré qu'une étude approfondie de la précédente expertise ne permettait pas de suivre les experts, vu la jurisprudence et à la doctrine applicable en la matière. L'état neurologique de la recourante devait faire l'objet d'un nouvel examen approfondi, y compris de nouvelles investigations si elles sont nécessaires pour répondre à la question fondamentale -et irrésolue en l'état- de l'existence ou non d'une atteinte sérieuse au système nerveux central, plus particulièrement du tronc cérébral. Vu le contexte et la nature du litige, il serait statué sur les frais d'expertise avec l'arrêt au fond. L'ordonnance a été notifiée à l'expert le 3 août 2004.
14. En date du 14 décembre 2004, l'expert mandaté a adressé la recourante à l'unité d'olfactologie des "établissement hospitalier" aux fins de répondre objectivement à

la question d'une atteinte olfactive. L'expert précise à l'attention du médecin que le dossier a fait l'objet d'innombrables investigations et que deux points de vue médicaux s'opposent diamétralement. D'une part, les tenants de la nature bénigne du traumatisme crânio- cérébral et le développement d'une symptomatologie sans relation quelconque avec une lésion de l'encéphale; d'autre part les tenants d'une méconnaissance de la gravité du traumatisme subi et d'une contusion du tronc cérébral.

15. Interpelé le 3 août 2005 par le greffe sur l'état du dossier, l'expert a fait savoir qu'en raison de la complexité du cas aucune date ne pouvait être avancée pour l'instant pour la reddition du rapport.
16. En date du 22 novembre 2005, l'expert mandaté a adressé la recourante au Dr - L_____, spécialiste en neurologie du comportement au service de neurologie des "établissement hospitalier" pour un examen complémentaire. À la suite de cet examen, l'expert mandaté a décidé de faire effectuer, dans le souci d'une investigation la plus complète possible, un complément d'examens au plan électroencéphalographique, à savoir une polysomnographie, à réaliser au laboratoire du sommeil, ce dont il a informé la recourante le 27 avril 2006.
17. L'expert a rendu son rapport au Tribunal le 28 novembre 2006. L'expertise se fonde sur un examen neurologique à son cabinet le 15 octobre 2004, sur l'étude de l'important dossier médical, sur le résultat des diverses investigations cliniques et paracliniques effectuées, à savoir : un examen radiologique du cerveau par technique IRM, une consultation de rhinologie-olfactologie, un examen oto-neurologique effectué en trois séances, une consultation de neurologie comportementale, une consultation et un enregistrement polysomnographique ambulatoire et un examen neurologique clinique final du 27 juillet 2006, enfin l'étude de l'ancien dossier médical de la recourante relatant en particulier un séjour hospitalier dans le service de neurologie en 1983.

L'expert a procédé tout d'abord à une anamnèse très complète, personnelle et médicale, chronologique, dans laquelle l'expert reprend non seulement le déroulement des faits mais également l'évolution des diagnostics et avis médicaux. Il mentionne ensuite les données subjectives de la recourante dont les plaintes sont caractérisées par les maux de tête, les blocages du côté gauche, le lâchage de jambes, les malaises avec évanouissement, les bâillements répétés, les vertiges giratoires, et de façon moins importante des troubles de la vue et l'ouïe. L'expert procède ensuite aux constatations objectives. D'une part à l'examen neurologique clinique effectué en deux phases, soit en octobre 2004 puis en juillet 2006. Les conclusions sont un syndrome cervical, aucune évidence d'atteinte des fonctions sensorielles, motrices, sensitives, ou locomotrices du système nerveux central, des réactions hyperpathiques multiples à des manœuvres anodines de l'examen. L'expert reprend ensuite les conclusions de tous les examens effectués dans le cadre

de son expertise. L'IRM cérébrale est sans anomalie décelable. Un trouble chémo-sensoriel post-traumatique dans le sens d'une hyposmie avec quelques éléments inhabituels est relevé par l'examen de rhinologie-olfactologie. L'examen oto-rhino-laryngologique parle en faveur d'un déficit vestibulaire droit post-traumatique dont l'accidentée a récupéré, les séquelles actuelles étant plus d'ordre psychologique que somatique. La consultation de neurologie comportementale conclut à une atteinte multiple de plusieurs fonctions cognitives, peu compatible avec une séquelle post-traumatique, plus probablement en relation avec une symptomatologie anxieuse ; le tableau est objectivement discret. L'examen de polysomnographie révèle une insomnie de maintien relativement sévère explicable d'une part par les manifestations douloureuses, d'autre part par des troubles anxio-dépressifs consécutifs au traumatisme crânien.

L'expert procède ensuite à la discussion et aux conclusions. Il explique, tout d'abord, que les précisions du souvenir traumatique de la recourante parlent plutôt en défaveur d'une commotion cérébrale, qui se caractérise par une amnésie traumatique. Au pire il s'est agi d'une légère commotion cérébrale. L'examen à la consultation de rhinologie-olfactologie ne donne pas la moindre indication objective d'une lésion du tronc cérébral, même en admettant une lésion traumatique mineure de quelques filets olfactifs ainsi que les lésions traumatiques de la corde du tympan. Même à supposer une lésion des voies acoustiques liée à l'événement traumatique, il y a eu récupération complète sans plus de séquelles objectivables. Dès lors, les vertiges dont fait toujours état la recourante ne peuvent plus être attribués à une lésion traumatique séquellaire. Un symptôme très particulier a été étudié avec attention, il s'agit des épisodes de bâillements ainsi que des multiples malaises. L'examen électroencéphalographique de longue durée n'a mis au jour qu'une insomnie prolongée. Là encore aucun élément n'est en faveur d'une lésion du tronc cérébral. L'expert relève que l'accidentée avait affirmé n'avoir jamais connu de maux de tête avant l'accident, ce qui s'est avéré être une affirmation inexacte puisqu'un dossier neurologique a été retrouvé au service de neurologie des "établissement hospitalier" alors que la recourante n'était pas encore mariée, remontant aux années 1982-1983. Un premier enregistrement électroencéphalographique avait déjà été réalisé à cette époque chez cette patiente qui présentait depuis l'enfance des malaises avec perte de connaissance, une symptomatologie dépressive anxieuse depuis quelque temps caractérisée par une asthénie généralisée, des troubles du sommeil, des maux de tête et des malaises de type lipothymique. La symptomatologie décrite à l'époque par la recourante est exactement celle décrite actuellement. L'expert relève que ces antécédents sont d'importance capitale dans l'évaluation de l'ensemble de la symptomatologie car la plupart des symptômes exprimés datent de nombreuses années avant l'événement traumatique.

L'expert se demande donc comment expliquer la multitude des symptômes qui, 11 ans après l'événement traumatique, font de la recourante une invalide et lui

interdisent non seulement de reprendre une activité professionnelle mais également d'assumer son activité ménagère. Pour répondre de manière objective une expertise de la personnalité de la recourante dans le cadre d'un bilan psychiatrique aurait été utile. Elle aurait « vraisemblablement conduit à des arguments objectifs permettant de définir chez la patiente une névrose caractérisée par l'hyper expressivité somatique des idées, des images et des affects inconscients avec, pour symptomatologie, des manifestations psychomotrices, sensorielles ou végétatives propres à une conversion somatique », ce qui correspond à la définition de l'hystérie, trouble névrotique de la personnalité retenu dans le code des diagnostics CIM. Cette évolution vers la névrose hystérique, à force de durer s'est chronicisée. On peut s'étonner que les nombreux psychiatres et psychothérapeutes amenés à traiter la patiente n'aient pas évoqué cet aspect de la personnalité, peut-être masqué par l'intensité des manifestations dépressives.

En conclusion, la chute dans la cage d'escalier a eu pour conséquence un traumatisme crânien bénin. Conclure à une atteinte du tronc cérébral est à considérer d'emblée comme inadéquat, d'autant plus que la reprise de l'examen auto-neurologique conclut à une normalisation des potentiels acoustiques évoqués. Le diagnostic médical s'appuie sur un ensemble de données anamnestique, cliniques et paracliniques et l'on ne peut fonder un diagnostic de lésion du tronc cérébral exclusivement sur les données des tests électrophysiologiques. L'accident a touché une personnalité à structure fragile avec propension à des réactions somatiques s'apparentant à des manifestations hystériques. Il n'y a aucune relation de causalité clairement établie sur la base des constatations objectives entre l'accident et la multiplicité des troubles décrits. Les troubles annoncés par la patiente paraissent clairement la conséquence d'un état antérieur, déjà investigués comme rappelé ci-dessus. L'incapacité de travail est effectivement totale pour l'ancienne activité ou toute autre activité même adaptée et partielle pour l'activité ménagère, mais cette incapacité de travail est sans relation avec les séquelles objectives de la chute. Une fragilité de la structure de la personnalité joue un rôle prééminent sinon exclusif dans le cas présent. Il y a convergence totale entre les réponses de la précédente expertise et l'expertise actuelle. La seule critique qui puisse être apportée à celle-là concerne l'absence d'une discussion critique relative à la notion d'hyposmie et d'agueusie et à l'interprétation des tests effectués. Mais bien qu'incomplètement étayée elle relève du bon sens et se trouve confirmée.

18. Le 1er décembre 2006, l'expert mandaté a transmis sa facture, chiffrée à 10'000 fr.
19. Le Tribunal a communiqué cette expertise aux parties le 7 décembre 2006, et, au vu de son contenu, a invité la recourante à indiquer si elle retirait son recours ou à défaut d'en indiquer les raisons.
20. Dans le délai prolongé à sa demande, la recourante a indiqué au Tribunal, le 20 mars 2007, qu'elle avait consulté un autre praticien qui considère que la

symptomatologie est vraisemblablement due à l'accident et que les symptômes sont tout à fait compatibles avec une atteinte du tronc cérébral. Par conséquent, la recourante maintient son recours et sollicite l'audition de deux médecins.

21. Le Tribunal a ordonné la comparution des mandataires, qui s'est tenue le 8 mai 2007. À cette occasion, le Tribunal dans sa composition régulière a délibéré sur le siège et informé la recourante que la demande d'audition de témoins était rejetée et que les conclusions de l'expertise judiciaire seraient suivies et une partie des frais d'expertise mise à la charge de la recourante en application de l'article 89H al. 1 LPA. Vu ce qui précède, la recourante a sollicité un délai de trois semaines pour se déterminer sur le maintien ou le retrait de son recours.
22. Par courrier du 31 mai 2007, la recourante a indiqué maintenir son recours, considérant que les conclusions du rapport d'expertise judiciaire sont mises en cause par deux autres spécialistes reconnus dont l'audition aurait sans doute permis au Tribunal de se former une opinion différente. Le refus de leur audition constitue une violation du droit d'être entendu, tandis que la démarche de la recourante ne peut être considérée comme téméraire ou légère puisqu'elle se fonde sur des spécialistes autorisés.
23. En date du 1er juin 2007, ce courrier a été transmis à l'intimé, et la cause gardée à juger.

EN DROIT

1. La compétence du Tribunal de céans de même que la recevabilité du recours ont déjà été admises dans l'ordonnance d'expertise du 30 juillet 2004.
2. La question litigieuse est de savoir si les troubles dont souffre la recourante, et l'incapacité totale de travail qui est la sienne, sont ou non en relation de causalité naturelle avec la chute accidentelle du mois de novembre 1995. On rappellera en effet que le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en

se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

3. En l'espèce, il convient de répondre clairement non à cette question. L'expert judiciaire a exclu, en effet, toute causalité naturelle. Son expertise, extrêmement complète, menée avec beaucoup de conscience professionnelle, par un expert neutre mais non dépourvu d'empathie pour l'expertisée est tout à fait convaincante et ne fait d'ailleurs pas l'objet de critiques concrètes de la part de la recourante. Or, de jurisprudence constante le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

La recourante fait valoir deux avis contraires de spécialistes. Leurs rapports ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions d'une expertise effectuée sur la base non seulement du rapport médical complet mais également de nombreuses nouvelles investigations. Il en serait de même de leur audition par le Tribunal car, là encore, leurs conclusions ne seraient pas fondées sur un état de fait aussi complet que celui établi par l'expert judiciaire. À noter que figurent déjà au dossier des avis contraires de spécialistes, dont l'expert judiciaire a expliqué pour quelle raison il s'en écartait.

Ayant toute force probante, l'expertise judiciaire sera donc suivie dans ses conclusions, et cela sans qu'il soit procédé aux enquêtes sollicitées par la recourante. À ce sujet on rappellera que si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER,

Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

4. Par conséquent, le recours sera rejeté.
5. Reste la question des frais d'expertise, particulièrement élevés en l'occurrence au vu des nombreuses investigations et de la complexité du cas. La gratuité de la procédure est la règle en assurances sociales, seule la loi sur l'assurance invalidité ayant introduit, depuis juillet 2006, la possibilité de percevoir un émolument de procédure. Quant à la procédure cantonale, elle ne permet de percevoir un émolument ou des débours que de la partie qui agit de manière téméraire ou témoignent de légèreté. Dans le cas d'espèce, le Tribunal peine à comprendre la position de la recourante qui a exigé qu'un arrêt dûment motivé soit rendu alors même que rien ne permettait de s'écarter des conclusions de l'expertise judiciaire. Son attitude a naturellement généré des frais. A priori toutefois, en application de la jurisprudence fédérale, il y aurait lieu de retenir que son attitude n'est pas constitutive de légèreté ou de témérité. En effet, agit par témérité ou légèreté selon le Tribunal fédéral la partie qui sait ou qui devrait savoir en faisant preuve de l'attention normalement exigible que les faits invoqués à l'appui de ses conclusions ne sont pas conformes à la vérité. La témérité doit en outre être admise lorsqu'une partie soutient jusque devant l'autorité de recours un point de vue manifestement contraire à la loi. En revanche, une partie n'agit pas par témérité ou par légèreté lorsqu'elle requiert du juge qu'il se prononce sur un point de vue déterminé qui n'apparaît pas d'emblée insoutenable. Il en va de même lorsque, en cours d'instance, le juge attire l'attention d'une partie sur le fait que son point de vue est mal fondé et l'invite à prendre les dispositions qui s'imposent, à savoir retirer le recours (ATF 124 V 287 consid. 3b et les références citées). En l'occurrence, la recourante fonde son argumentation sur des avis médicaux divergents de ceux de l'expert, ce dont on ne peut pas la blâmer. Il s'avère toutefois que ceux-ci sont manifestement dans l'ignorance des antécédents médicaux de la recourante, qui datent de 1983, que la recourante n'avait signalé à aucun des médecins consultés pas plus qu'à l'expert. On peut même supposer que la recourante a tenté de cacher l'existence de ces antécédents puisqu'elle a, à répétition, affirmé que tous ses troubles sont postérieurs à l'accident de 1995 et qu'auparavant elle ne connaissait pas même les maux de tête. La conscience professionnelle de l'expert a permis de mettre au jour l'ancien dossier médical de la recourante, qui date de près de 25 ans, et qui démontre l'inexactitude de ses propos. Or, la découverte des antécédents est d'importance, et l'expert a pu confirmer que les troubles actuels de la recourante s'exprimaient de la même façon qu'il s'exprimaient déjà il y a plus de 20 ans. On

peut même aller plus loin et supposer qu'une expertise judiciaire n'aurait pas été ordonnée si les antécédents de la recourante avaient été connus. Nul doute que les premiers experts en auraient également fait mention et auraient peut-être pu asseoir leurs conclusions de façon plus convaincante. Or, les troubles dont souffre la recourante depuis les années 1980 ne sont de loin pas anodins et il n'est pas envisageable que leur existence ait été oubliée de la recourante.

Ces circonstances particulières conduisent le Tribunal à retenir, en l'espèce, la légèreté voire la témérité de la recourante. Pour cette raison, et en application de l'art. 89H al. 1 LPA une partie des frais d'expertise, fixée à 1/5, soit le montant de 2'000 fr., sera mis à la charge de la recourante.

6. L'intimée conclut à l'octroi de dépens. S'il est exact que l'art. 87 al. 2 LPA prévoit l'octroi de dépens à la partie ayant entièrement ou partiellement gain de cause, l'art. 89H al. 3 LPA, lex specialis applicable devant le Tribunal de céans, limite l'octroi des dépens au recourant.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met une partie des débours à la charge de la recourante, à hauteur de 2'000 fr.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

Le greffier

La présidente

Pierre RIES

Isabelle DUBOIS

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances privées par le greffe le