

EN FAIT

1. Madame D_____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1953, a travaillé dès le 10 août 1987 chez X_____ en tant que monteuse TV à un taux d'occupation variable, puis à 100% dès le 1^{er} avril 1998. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la BÂLOISE ASSURANCES (ci-après : la BÂLOISE).
2. Le 3 janvier 2002, elle a requis des prestations de l'assurance-invalidité
3. Le 29 décembre 2004, alors qu'elle circulait à 60 km/heure au volant de sa voiture, cette dernière a été heurtée frontalement par un véhicule roulant en sens inverse dont la conductrice s'était endormie au volant sous l'emprise de la cocaïne.
4. Le même jour, elle a été transportée aux urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG). Les radiographies pratiquées n'ont pas montré de fracture. En revanche, un scanner a mis en évidence une discopathie C5-C6 déjà connue. Dans un rapport du 27 janvier 2005, le Dr LAM, médecin au département de chirurgie des HUG, a posé un diagnostic provisoire de contusions aux thorax, lombe et bassin, épaule droite, cheville droite et genou gauche. Une incapacité de travail entière a été admise dès la date de l'accident.
5. Le 3 janvier 2005, l'employeur a annoncé l'accident à la BÂLOISE en indiquant que l'assurée travaillait à 50%, que le salaire mensuel était de 3'630 fr. 60 plus une avance de 108 fr.16 par jour (50%) en attente d'une décision de l'assurance-invalidité.
6. Dans un rapport du 3 mars 2005 demandé par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), le Dr L_____, rhumatologue FMH, a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies chroniques droites existant depuis 1995 et, sans répercussion sur la capacité de travail, un tunnel carpien bilatéral modéré présent depuis 2003. Il a précisé que l'assurée avait fait une chute en 1995 avec mécanisme du coup du lapin. Depuis lors, elle souffrait de cervicobrachialgies chroniques droites. Une IRM cervicale effectuée en 2000 avait révélé une discopathie C5-C6 avec protrusion entrant en conflit avec le fourreau dural ainsi qu'une protrusion C6-C7 sans conflit. Une électromyographie pratiquée en novembre 2003 avait mis en évidence un petit tunnel carpien des deux côtés. L'assurée avait présenté une lente amélioration des cervicobrachialgies sous traitement conservateur. À la suite de l'accident de voiture du 29 décembre 2004, les cervicalgies s'étaient péjorées brutalement pour atteindre le même état qu'en janvier 2004 et des dorso-lombalgies étaient apparues.
7. Dans un rapport du 12 mai 2005 faisant suite à une entrevue avec l'assurée à son domicile, l'inspecteur de sinistres de la BÂLOISE a indiqué que celle-ci souffrait de

problèmes lombaires et cervicaux importants bien avant l'accident notamment, selon elle, d'une hernie C5-C6 entraînant des douleurs au niveau du membre supérieur droit, de l'épaule et jusqu'au bout des doigts avec difficulté de préhension ainsi que d'une sensibilité de la colonne lombaire. Un arrêt de travail avait débuté à la fin de l'année 2000. Au vu de cette situation, son employeur lui avait proposé une reconversion professionnelle en qualité d'assistante de production sous forme de stage à 70% durant les six premiers mois, puis à 50% dès la mi-2003. Il était prévu de mettre un terme à cette reconversion à fin 2004 et de la réintégrer dans le département « production » en tant que monteuse en adaptant son poste à son état de santé.

8. Dans un rapport du 21 mai 2005, le Dr L_____ a fait état d'une amélioration de la sciatique, mais de l'apparition d'une limitation fonctionnelle douloureuse du poignet droit.
9. Dans le rapport d'expertise du 11 octobre 2005 requise par la BÂLOISE, le Dr M_____, rhumatologue FMH, a indiqué que, le 27 septembre 2002, la Dresse N_____, rhumatologue FMH, elle-même fonctionnant comme expert pour le compte de l'assurance-invalidité, avait conclu à une capacité de travail de 80% à 90% dans une activité adaptée telle qu'assistante de réalisation et de 75% dans son activité de monteuse depuis le 23 juillet 2001. Le Dr M_____ a diagnostiqué un syndrome de stress post-traumatique, des rachialgies diffuses sur troubles statiques et spondylose, une probable lésion du ligament triangulaire du carpe droit, une tendinopathie rotulienne du genou droit, une compression du nerf médian au carpe droit sans répercussion clinique et un discret excès pondéral. Il a relevé que la situation n'était pas stabilisée. L'influence de l'état préalable pouvait être reconnue dans une mesure non négligeable à la fois sur les plans psychologique et physique. Toutefois, les douleurs du rachis bas ainsi que les plaintes neuropsychologiques entrant dans le cadre du syndrome de stress post-traumatique n'étaient décrites que depuis l'accident. L'expert a conclu à un rapport de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs du rachis dorso-lombaire, du genou droit, de la face interne de la cheville droite et les troubles neuropsychologiques (syndrome de stress post-traumatique), à un lien de causalité seulement possible pour les rachialgies en l'absence de lésions traumatiques et à un rapport de causalité impossible à établir s'agissant des lésions du ligament triangulaire du carpe. Ce dernier était probablement nul en tenant compte du délai entre l'accident et la reconnaissance des plaintes. À son avis, il n'y avait pas de raison de reconnaître une incapacité de travail sur le plan somatique et les conclusions figurant dans l'expertise de la Dresse N_____ pouvaient être maintenues. Le principal obstacle à la reprise d'une activité professionnelle était lié au syndrome de stress post-traumatique et son importance devait faire l'objet d'une évaluation spécialisée.
10. Dans un rapport du 24 octobre 2005, le Dr O_____, chirurgien de la main FMH, a diagnostiqué un status après déchirure du complexe fibro-cartilagineux

triangulaire du carpe (TFCC) au poignet droit. Il a proposé une révision chirurgicale.

11. Dans un rapport d'expertise du 15 décembre 2005 demandée par la BÂLOISE, le Dr P _____, psychiatre et psychothérapeute FMH, a diagnostiqué selon l'ICD-10, un état de stress post-traumatique (F 43.1), un trouble somatoforme sans précision (F. 45.9) et des modifications gênantes de la personnalité, non classables (F 61.1). Il a indiqué que l'assurée présentait de longue date une symptomatologie caractérisée essentiellement par des douleurs sous forme de cervicobrachialgies à droite. Elle avait entrepris une psychanalyse dès 1984 pour une durée de sept ans qui n'était pas en lien, ni motivée par le syndrome douloureux, destinée à l'aider à cicatrifier les blessures de son enfance. Dès juin 2004, elle avait commencé une psychothérapie cognitivo-comportementale chez le Dr Q _____, toujours en cours, et présentait à l'époque, un état dépressif modéré. D'après le psychiatre traitant, l'assurée fonctionnait sur un mode opératoire avec une faible capacité d'expression et d'identification des émotions ainsi que d'importantes failles narcissiques qui n'avaient pas été complètement corrigées par la longue psychanalyse. Avant la survenue de l'accident, le trouble de l'humeur s'était nettement amélioré, mais pas le syndrome douloureux. Suite à l'accident, un diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été posé avec la mise en route tardive d'un traitement spécifique. Il y avait une amélioration lente et incomplète due, à son avis, au mode de pensée opératoire, qui avait tendance à refouler les émotions et donc perturbait le processing du trauma. Il a conclu à l'existence d'une causalité naturelle entre l'état de stress post-traumatique et l'accident en précisant que le statu quo sine était actuellement quasiment atteint puisque la symptomatologie résiduelle n'aurait plus l'intensité suffisante pour justifier une incapacité de travail totale d'ici deux à trois mois. S'agissant du tableau psychosomatique avec cervicobrachialgies, rachialgies et douleurs au poignet, la situation n'était pas stabilisée et il était quasi impossible de faire la distinction entre origine organique et participation psychique. Toutefois, la participation de l'accident à la péjoration du trouble somatoforme préexistant était mineure. Les faits laissaient suspecter avec forte probabilité un processus d'invalidation existant déjà depuis 2001. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité en lien avec l'événement accidentel.
12. Dans un rapport complémentaire du 18 avril 2006 faisant suite à un nouvel examen en date du 27 mars 2006, le Dr P _____ a relevé que l'état de santé de l'assurée n'avait que peu ou pas évolué, depuis le dernier examen. Toutefois, il pouvait être considéré comme stabilisé s'agissant de l'état de stress post-traumatique, mais il ne l'était pas concernant le reste de la problématique. L'état de stress post-traumatique ne justifiait plus d'incapacité de travail tant dans la profession de monteuse que dans celle d'assistante de réalisation, mais il était souhaitable que la reprise fût programmée de manière progressive, à savoir deux mois à 50%, puis reprise complète.

13. Dans un rapport du 13 juin 2006, le Dr L_____ a précisé que la patiente se plaignait d'une épitrochléite bilatérale avec prédominance droite, de cervicalgies chroniques et de lombalgies à l'effort. La relation de causalité entre l'accident et les plaintes actuelles était basée sur la description d'une nette péjoration des cervico-brachialgies et de l'apparition de nouveaux problèmes ostéoarticulaires que la patiente ne présentait pas avant l'accident. N'étant pas médecin du travail, il n'avait pas les qualifications requises pour rentrer dans les détails d'un arrêt de travail en qualité de monteuse ou en qualité d'assistante de réalisation. Dans un rapport complémentaire du 7 juillet 2006, le Dr L_____ a retenu que le port répété de charges de plus de cinq kilos était contre-indiqué en raison des cervicalgies et des lombalgies chroniques, de même que les mouvements de flexions antérieures du torse et la station assise prolongée de plus d'une heure. Le périmètre de marche n'était pas limité. En outre, la patiente présentait une perturbation de l'état psychologique et une faculté de concentration diminuée en raison des douleurs chroniques qu'il n'était pas possible de mesurer.
14. Dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-invalidité, l'OCAI a fait examiner la patiente par la Dresse R_____, psychiatre FMH et médecin du service médical régional de l'assurance-invalidité. Dans son rapport du 14 juillet 2006, le médecin a relevé que, du point de vue des éléments évocateurs d'un syndrome de stress post-traumatique, l'accident n'avait pas laissé à l'assurée l'impression d'une confrontation à sa propre mort. Il n'y avait pas de reviviscence répétée des événements, pas de souvenirs envahissants, pas de cauchemars systématiques. L'assurée avait pu repasser sans émotion sur les lieux de l'accident. Il n'y avait pas d'anesthésie psychique. La Dresse R_____ a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail, une réaction à un facteur de stress important avec modification de la personnalité (F. 43.8/F 62.9) et, sans répercussion sur la capacité de travail, des douleurs chroniques (F 45.9). Elle a conclu, du point de vue strictement psychiatrique, à une incapacité totale de travail dès l'accident et jusqu'au mois d'août 2006. Elle a précisé que, durant cette période d'incapacité, l'assurée avait fait l'objet d'un effondrement de ses ressources personnelles dont une reconstruction psychique était en cours par l'intermédiaire de son suivi psychiatrique. Dès août 2006, cette reconstruction serait terminée et l'assurée n'aurait plus de limitation fonctionnelle d'ordre psychiatrique de sorte qu'une capacité de travail était exigible à 100% dès août 2006 dans l'activité habituelle de monteuse de films.
15. Dans un rapport du 20 septembre 2006, le Dr O_____ a précisé qu'il n'avait pas prescrit d'arrêt de travail pour le problème spécifique du poignet droit. Puis, dans un rapport complémentaire du 29 décembre 2006, il a conclu à une relation de causalité certaine entre l'accident et les lésions du complexe fibro-cartilagineux triangulaire au poignet droit. Il ne pouvait pas préciser un taux d'incapacité de travail comme monteuse en l'état actuel, mais après une intervention chirurgicale, elle serait de l'ordre de trois mois environ à 100%. Si l'activité d'assistante de réalisa-

tion ne sollicitait pas les mains et poignets en force ou de manière répétitive (même légère), elle pouvait être exercée à 100%.

16. Dans un rapport du 20 février 2007, le Dr S_____, chef de la polyclinique ophtalmologique des HUG, a diagnostiqué une décompensation post-traumatique d'une exophorie de près dans un contexte médicamenteux d'antalgiques. Il a précisé que cette affection existait probablement auparavant, mais était asymptomatique et qu'il n'avait pas fait d'arrêt de travail à l'assurée. La durée probable du traitement était à vie. La patiente avait consulté six mois après l'accident car elle n'avait pas fait elle-même le lien entre la gêne oculaire et ce dernier. Elle ne s'était rendu compte d'une telle gêne que lorsqu'elle avait essayé d'entreprendre à nouveau des activités de près.
17. Dans un rapport du 27 février 2007, le Dr L_____ a indiqué que les plaintes actuelles consistaient en douleurs du poignet droit, épicondylite gauche, cervicalgies chroniques, névralgies faciales, céphalées et lombalgies. Il a précisé qu'une consultation chez le Dr T_____, médecin adjoint de l'unité de chirurgie de la main des HUG, avait conclu à une atteinte probable du ligament triangulaire du carpe et à un status compatible avec une entorse radio-ulnaire distale et luno-triquetrale. Une arthroscopie devait être pratiquée en mars 2007 aux HUG. Il a estimé que le rapport de causalité avec l'accident du 29 décembre 2004 existait encore même si les symptômes étaient actuellement majorés par le nouvel accident. La patiente travaillait actuellement à 30%. Si un poste adapté à son problème pouvait être trouvé, il était probable que sa capacité de travail augmenterait. Il était préférable que la patiente ne travaillât pas constamment sur un ordinateur et qu'elle puisse modifier sa position de travail de manière fréquente.
18. Selon un rapport opératoire du 7 mars 2007, le Dr T_____ a diagnostiqué une entorse de l'articulation radio-ulnaire distale droite. Il a pratiqué une arthroscopie du poignet droit lors de laquelle il a mis en évidence une déchirure partielle du ligament triangulaire avec une synovite de type chronique et une discrète laxité scapho-lunaire et luno-triquetrale. Il a procédé à un débridement du ligament triangulaire et de la paroi postérieure.
19. Dans un rapport d'expertise du 30 décembre 2007 requise par la BÂLOISE, le Dr U_____, rhumatologue FMH, a indiqué que l'assurée avait repris le travail à 30% dans un poste de saisie de listes d'inventaire TV du 26 septembre 2006 au 6 mars 2007 et qu'elle avait de nouveau été en incapacité de travail à 100% à la suite de l'arthroscopie, puis qu'elle avait repris le travail au même poste à 30% dès le 23 août 2007. Il a observé qu'il n'y avait guère de modifications des plaintes depuis l'expertise du Dr M_____, si ce n'est que la rupture du ligament triangulaire du poignet droit avait pu être confirmée depuis lors et qu'un bilan ophtalmologique avait révélé une exophorie qui n'était pas connue à l'époque. Il a diagnostiqué une déchirure du ligament triangulaire du poignet droit avec status après traitement par

voie arthroscopique le 7 mars 2007, un discret syndrome du canal carpien bilatéral diagnostiqué depuis 2001 à droite et 2006 à gauche, des douleurs des insertions tendineuses des muscles épicondyliens et épitrochléens avec signes d'épicondylite du coude gauche, une tendinobursite trochantérienne droite, des rachialgies diffuses prédominant au segment cervical sans syndromes vertébral ni radiculaire dans un contexte de troubles statiques et dégénératifs, une exophorie, des troubles psychiatriques connus. L'état de santé de l'assurée lui paraissait stabilisé depuis septembre 2007 sous réserve de ce que pourrait encore proposer le Dr T_____ pour le poignet droit. Les lésions ligamentaires du poignet droit semblaient être causées par l'accident de façon certaine, même si les plaintes de douleurs au poignet droit n'étaient apparues qu'au printemps 2005. On ne pouvait plus retenir un lien de causalité entre l'accident et les rachialgies plus diffuses dans la mesure où elles évoluaient depuis des années et qu'elles ne pouvaient pas être expliquées par des lésions radiologiques dues à un traumatisme. L'exophorie avait pu être décompensée par l'accident de 2004 de sorte que le lien de causalité était possible. Toutefois, elle ne semblait pas expliquer l'intensité des douleurs (céphalées, douleurs péri-oculaires). Il était très probable que des facteurs psychologiques contribuaient fortement à la persistance et à l'intensité de ses douleurs (troubles somatoformes, état de stress post-traumatique). En ne tenant compte que des troubles somatiques, il n'y avait pas de justification à une incapacité de travail en tant qu'assistante de réalisation à la télévision. Les seules limitations comprenaient les travaux nécessitant une utilisation répétitive du poignet droit et le port de charges de plus de cinq kilos à ce niveau. L'activité de monteuse pouvait être rendue plus difficile par un travail prolongé avec le poignet droit sur un clavier d'ordinateur. Ceci pouvait induire une baisse de rendement. Malgré tout, une incapacité de travail ne paraissait pas justifiée par les troubles somatiques. Dans une activité respectant les limitations énoncées, la capacité de travail résiduelle était complète. Au cas où le chirurgien de la main ne proposerait pas d'autre traitement pour le poignet droit, les douleurs permanentes avec une légère limitation de la mobilité du poignet droit permettaient de retenir un taux d'atteinte à l'intégrité physique de 5%.

20. Dans un rapport du 11 janvier 2008, la TSR a fixé le salaire de la recourante à 97'063 fr. 85 dans l'activité de monteuse à 100%. Puis, dans un e-mail du 22 janvier 2008, elle a précisé que le contrat de l'assurée n'avait pas été modifié depuis 1^{er} avril 1998.
21. Dans un rapport du 21 avril 2008, le Dr T_____ a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien bilatéral, une entorse de l'articulation radio-ulnaire distale droite et des cervicalgies. Il a mentionné un état stationnaire et a précisé que le traitement actuel consistait en ménagement dans le cadre des activités manuelles.
22. Dans un projet d'acceptation de rente du 25 août 2008, l'Office de l'assurance-invalidité a alloué à l'assurée un quart de rente dès le 1^{er} février 2005, puis une rente entière dès le 1^{er} mai 2005 jusqu'au 30 novembre 2007. Il a supprimé la rente dès le

1^{er} décembre 2007 au motif que, dès septembre 2007, l'assurée avait recouvré une capacité de gain d'au moins 70% qui lui permettait d'exclure le droit à la rente.

23. Par décision du 27 janvier 2009, en s'appuyant sur les rapports d'expertise des Drs P_____ et U_____, la BÂLOISE a considéré que le statu quo sine était atteint depuis le 27 mars 2006 s'agissant de la causalité entre les troubles psychiques et l'accident, alors que, sur le plan physique, il n'existait un rapport de causalité qu'avec les lésions ligamentaires du poignet droit. Étant donné que, selon le Dr U_____, l'état de santé de l'assurée lui paraissait stabilisé et que, selon le rapport du Dr T_____ du 21 avril 2008, l'état de santé était stationnaire alors que l'OCAI n'allait pas procéder à des mesures de réadaptation professionnelle, la BÂLOISE a retenu que les conditions étaient remplies pour déterminer le droit à une rente d'invalidité dès le 1^{er} novembre 2008. En tenant compte d'un revenu sans invalidité de 97'091 fr. 80 et d'un revenu d'invalidité de 51'031 fr. 35 établi sur la base des salaires statistiques sans tenir compte d'un abattement, la BÂLOISE a fixé le taux d'invalidité à 47%. Eu égard au gain assuré de 47'198 fr. et au taux d'indemnisation de 80%, elle a accordé à l'assurée une rente mensuelle de 1'479 fr. plus allocation de renchérissement. S'agissant de l'atteinte à l'intégrité, elle a retenu un taux de 5%.
24. Par décision sur opposition du 24 juin 2009, la BÂLOISE a confirmé sa position.
25. Par acte du 24 août 2009, l'assurée a recouru contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal de céans. Elle conclut à l'octroi d'une rente d'invalidité de 70%, sous suite de dépens. Elle conteste les conclusions de l'expertise du Dr U_____ en tant qu'elle conclut à l'absence de lien de causalité entre les cervicalgies et l'accident. Elle allègue que, bien que ses troubles étaient préexistants, ils ont été aggravés de manière significative par le traumatisme. S'agissant des critères permettant de retenir un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'accident, elle considère l'accident subi comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents graves qui a été particulièrement impressionnant et rappelle que le traitement a été anormalement long puisqu'elle a subi une intervention au poignet 15 mois après l'accident. De plus, des douleurs physiques persistent au niveau du genou, de la cheville, du poignet de sorte que ses problèmes psychiques peuvent être considérés comme étant en rapport de causalité adéquate avec l'accident. Elle ne conteste pas le revenu de valide pris en considération par l'intimée, mais le revenu d'invalidité. Sur ce point, elle relève que la TSR a modifié son contrat de travail au 1^{er} janvier 2009 en lui proposant un taux d'occupation de 30%, de sorte que son revenu correspond désormais à 30% de celui qui aurait été le sien sans l'accident. Elle allègue que ses problèmes de santé antérieurs n'ont aucune incidence sur sa capacité de gain. Elle ne conteste pas le degré d'atteinte à son intégrité corporelle.
26. Dans sa réponse du 24 septembre 2009, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé qu'antérieurement à l'accident du 29 décembre 2004, la capacité de travail de

la recourante dans son activité d'assistante de réalisation était déjà comprise entre 80 et 90% au vu de ses limitations fonctionnelles et qu'elle ne mettait d'ores et déjà pas pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail puisqu'elle exerçait sa profession d'assistante de réalisation en formation à 50%, depuis le 2 août 2003. Elle a observé que l'activité de collaboratrice technique depuis le 1^{er} janvier 2009 avec un taux d'occupation de 30% ne correspondait nullement à une activité mettant pleinement en valeur sa capacité résiduelle de travail raisonnablement exigible. Par conséquent, elle avait procédé, à juste titre, à une évaluation du revenu d'invalide sur la base des statistiques salariales. Au vu des limitations fonctionnelles minimales retenues par les experts, il n'y avait pas lieu d'opérer une réduction du salaire statistique. De plus, le salaire de la catégorie 4 s'appliquait à des activités simples et répétitives qui ne correspondaient pas au niveau de qualification effective de la recourante qui possède des connaissances professionnelles spécialisées justifiant la prise en considération de la catégorie de salaire 3. Par conséquent, son taux d'invalidité était de 35%. Étant donné que les seules limitations en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident n'empêchaient nullement la recourante d'exercer son activité actuelle à plein temps, il fallait en déduire que le revenu d'invalide était de 97'692 fr. 66. Dès lors, il était bien supérieur au revenu de valide, de sorte que le taux d'invalidité était nul.

27. Dans sa réplique du 18 novembre 2009, la recourante a allégué que, dans son rapport d'expertise, le Dr P_____ avait exprimé des affirmations déplacées, voire gratuites, sans aucune relation avec le mandat qui lui avait été donné et qui violaient clairement sa sphère privée. Elle a fait grief à l'intimée d'avoir passé sous silence les IRM du genou droit du 20 mars 2007 (recte : 2009) et des cervicales du 8 juin 2009. Elle a observé que le Dr L_____ l'avait mise en arrêt de travail à 100% dès le 12 août 2009 suite à des crises dorso-lombaires, ce qui démontrait que la situation n'était pas stabilisée sur le plan somatique. Elle a allégué qu'il n'y a aucune raison de retenir qu'une partie de son invalidité serait due à des troubles antérieurs. Elle ne s'opposait pas à la mise en oeuvre d'une expertise indépendante, à l'audition de son médecin traitant et de son employeur, si nécessaire, afin d'établir que le taux d'occupation de 30% avait été fixé sur des bases concrètes. Sous réserve de ces observations quant aux mesures d'instruction utiles, elle a persisté dans les conclusions de son recours.
28. Dans sa duplique du 17 décembre 2009, l'intimée a observé que les innombrables affections nouvelles alléguées par la recourante n'étaient aucunement documentées, étaient pour partie alléguées pour la première fois près de cinq ans après l'accident et ne faisaient l'objet d'aucun diagnostic. Elle a persisté dans ses conclusions précédentes.
29. Le 18 décembre 2009, le Tribunal de céans a transmis cette écriture à la recourante et, sur ce, a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

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

2. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003 et ayant entraîné la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents, est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants, notamment l'événement accidentel, sont postérieurs à son entrée en vigueur (ATF 130 V 446 consid. 1 et ATF 129 V 4 consid. 1.2).
3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). La décision sur opposition date du 24 juin 2009 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement (art. 38 al. 4 let. b et 60 al. 2 LPGA), de sorte que le recours du 24 août 2009 a été formé en temps utile (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité de 70% de la part de l'intimée, plus particulièrement sur le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 29 décembre 2004, sur sa capacité résiduelle de travail ainsi que sur l'évaluation du revenu d'invalidité.
5. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 généra-

lement 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 et ATF 118 V 289 consid. 1b et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 2.2 et ATF 125 V 461 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois 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 (cf. ATF 118 V 291 consid. 3a et ATF 117 V 364 consid. 5d/bb; ATFA non publié U 351/04 du 14 février 2006, consid. 3.2).

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. 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. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, 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 consid. 6c/aa et bb et 409 consid. 5c/aa et bb).

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 lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865).

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 (ATF U 355/98 du 9 septembre 1999, consid. 2 et la référence, publié in RAMA 2000 n° U 363 p. 46), 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 261 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. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (ATF non publié U 359/04 du 20 décembre 2005, consid. 2 et les références).

6. En vertu de l'art. 18 al. 1 LAA, l'assuré invalide (art. 8 LPGA) à 10% au moins par suite d'un accident a droit à une rente d'invalidité. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 18 al. 1 LAA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

Est réputé gain assuré pour le calcul des rentes le salaire que l'assuré a gagné durant l'année qui a précédé l'accident (art. 15 al. 2 LAA, seconde phrase). La rente d'invalidité s'élève à 80% du gain assuré (art. 20 al. 1 LAA). A teneur de l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente.

7. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour les-

quelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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, lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permette de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

8. Dans un premier grief, la recourante conteste les conclusions tant de l'expertise du Dr P_____ en tant qu'il décrit son anamnèse de manière incomplète, voire erronée et se permet des affirmations déplacées, que celles du Dr U_____. Par conséquent, il y a lieu d'examiner la valeur probante de ces expertises.

Dans son rapport d'expertise du 15 décembre 2005 et son rapport complémentaire du 18 avril 2006, le Dr P_____ relève que les plaintes de la recourante associent un tableau algique prédominant (cervicalgies, lombalgies, douleurs occipitales et dans le poignet droit, gonalgies) ainsi que d'autres troubles probablement de nature psychosomatique (céphalées, douleurs dans la poitrine, vertiges et malaises) avec une forme d'épuisement psychique et des capacités adaptatives fortement diminuées. Bien que la recourante estime qu'entre les deux examens, son état clinique s'est péjoré, l'expert observe qu'une telle aggravation ne ressort pas de manière significative dans son examen. Il retient une diminution de l'énergie vitale, un trouble du sommeil, des symptômes d'intrusion, une anxiété analogique avec une réactivité excessive lorsque la recourante se souvient de l'événement et encore quelques conduites d'évitement. Il expose que la problématique actuelle est en lien, dans une moindre mesure, avec l'état de stress post-traumatique, mais principalement, avec un tableau clinique plus complexe où se mêlent éléments de personnalité, bilan existentiel avec blessures narcissiques et un mélange de somatisation en superposition avec des troubles organiques objectifs.

Le Dr P_____ a rédigé son rapport du 15 décembre 2005 et son rapport complémentaire du 18 avril 2006, après avoir étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et tenu compte des observations

faites au cours de ses examens cliniques corroborées par les résultats de tests psychométriques. Il procède à une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et à une appréciation de la capacité résiduelle de travail ainsi que du lien de causalité naturelle. Enfin, ses conclusions sont motivées en tant que, notamment, il explique, d'une part, qu'un an et demi après l'accident, on peut estimer que le statu quo sine est atteint et que l'état antérieur évolutif prime entièrement, d'autre part s'agissant de l'absence d'incapacité de travail, que la symptomatologie douloureuse était déjà à l'origine d'une longue incapacité de travail à 50% avant l'accident, qui n'a pas eu un rôle désorganisateur prépondérant, mais vient s'intégrer dans un processus déjà largement en cours comme facteur de « désorganisation » supplémentaire. Ses conclusions sont, au demeurant, confirmées par le rapport d'expertise de la Dresse R_____ du 14 juillet 2006 qui, même si elle ne pose pas les mêmes diagnostics, ce qui ne constitue pas en soi un motif pour nier la force probante de ses conclusions (ATF non publié 9C_620/07 du 25 avril 2008, consid. 3.2), ne retient plus d'incapacité de travail du point de vue psychiatrique après le mois d'août 2006. Par conséquent, son rapport remplit toutes les conditions jurisprudentielles permettant de lui reconnaître une entière valeur probante.

On ne voit pas en quoi les griefs que la recourante formule à l'encontre de l'expertise du Dr P_____ permettent de mettre en doute sa valeur probante. En effet, elle se borne à invoquer de vagues reproches relatifs à des affirmations déplacées de la part de l'expert. Or, faute d'être formulés plus précisément, ces griefs n'apparaissent pas à la lecture des deux rapports du Dr P_____. Il en va de même du diagnostic de trouble somatoforme douloureux, car les divers médecins qui ont examiné la recourante ont, dans leur grande majorité, relevé la présence de longue date de douleurs qui ne correspondent pas aux éléments objectivables. Or, dans une procédure portant sur l'incapacité de travail ou l'invalidité, le débat médical relatif à la dénomination diagnostique la mieux appropriée pour décrire l'état de souffrance du patient se révèle dans ce contexte plutôt secondaire, car seules les limitations fonctionnelles décrites par l'expert sont déterminantes. On rappellera qu'un diagnostic est une condition juridique nécessaire, mais non suffisante pour conclure à une atteinte à la santé invalidante (cf. ATF 131 V 50 consid. 1.2 et ATF 130 V 353 consid. 2.2.3; ATFA non publié du 13 mars 2006 I 134/05, consid. 3.2.1.3). Par conséquent, que l'on se réfère au diagnostic de trouble somatoforme douloureux ou encore au rapport du SMR, il est constant que la recourante souffre d'un état douloureux sans substrat clairement objectivable.

En définitive, le Tribunal de céans suivra les conclusions de l'expert, à savoir que, sur le plan psychique, le statu quo sine est atteint depuis fin mars 2006 et qu'il n'y a plus d'incapacité de travail.

9. Le rapport du Dr U_____ du 30 décembre 2007 se base sur une anamnèse détaillée, tient compte des plaintes de la recourante et repose sur des examens cliniques complets. Le Dr U_____ a pris ses conclusions finales au terme d'une ana-

lyse exhaustive du dossier médical et radiologique, pour finir par une discussion de l'ensemble des renseignements recueillis et une appréciation justifiant la capacité résiduelle entière de travail ainsi que la causalité naturelle. En revanche, les conclusions de l'expert quant à la capacité de travail de la recourante dans les activités de monteuse TV et d'assistante de réalisation apparaissent sujettes à caution au regard de la liste des contraintes physiques établies par la TSR pour lesdits postes. Toutefois, ce motif n'est pas suffisant pour remettre en question la valeur probante de son rapport puisqu'il conclut, de toute façon, à une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles. Ses autres conclusions sont cohérentes et motivées, en tant que, notamment, il explique, s'agissant des rachialgies diffuses prédominant sur le segment cervical sans syndrome cervical, qu'elles sont survenues dans le cadre de troubles dégénératifs avec discopathies et légers troubles statiques, qui ne permettent pas d'expliquer la persistance des douleurs et l'importance de leur répercussion sur des activités quotidiennes. En effet, lors de contusions rachidiennes, les douleurs disparaissent habituellement en quelques semaines. Il ajoute que le diagnostic de trouble somatoforme, retenu par l'expert psychiatre, explique très probablement la discordance entre l'intensité des douleurs rachidiennes et la pauvreté des éléments objectifs d'atteinte rachidienne.

La recourante conteste la valeur probante de son rapport d'expertise au motif qu'il ne retient pas de lien de causalité naturelle entre l'accident et les cervicalgies. Toutefois, les explications de l'expert à ce sujet emportent la conviction puisqu'aucun signe clinique suffisamment important n'est susceptible d'établir clairement les éventuelles séquelles actuelles. De plus, les conclusions du Dr U_____ sont identiques à celles de l'expert M_____. En outre, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives d'un assuré ne suffisent pas pour admettre un lien de causalité naturelle. En effet, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 p. 353; ATF non publié 9C_405/2008 du 29 septembre 2008, consid. 3.2). Par conséquent, c'est à juste titre que l'expert a tenu compte des douleurs alléguées par la recourante, mais en a relativisé l'intensité en se fondant sur les limitations fonctionnelles objectivées, sur la mobilité mesurée lors de son examen clinique et sur les radiographies, soit sur des éléments objectifs seuls pertinents dans ce type d'appréciation (cf. ATFA non publié I 366/05 du 12 juillet 2005). Par ailleurs, ses conclusions sont conformes à la jurisprudence du Tribunal fédéral et à la littérature médicale selon lesquelles le genre de traumatisme subi par la recourante (contusion vertébrale) cesse de produire ses effets après quelques semaines (trois selon l'ATFA non publié U 65/04 du 1^{er} février 2005, consid. 4.3) voire, au plus, quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (ATFA non publiés U 483/00 du 9 juillet 2001 consid. 4c et les arrêts cités notamment

U 401/00 du 6 juin 2001 et U 199/00 du 29 décembre 2000). En effet, l'état organique du rachis après des lésions telles que contusions, foulures ou entorses est rétabli, en règle générale, six mois, voire un an au plus tard après l'événement traumatique (BAER et KIENER, Traumatismes vertébraux, Informations médicales de la CNA n° 67, décembre 1994, p. 45 et 46 cités partiellement dans l'ATFA non publié U 179/03 du 7 juillet 2004, consid. 4.4.2).

Les mêmes explications valent pour le grief d'absence de stabilisation de son état de santé en raison de la nouvelle incapacité de travail qu'elle subit depuis le 12 août 2009 à la suite de crises dorso-lombaires. Dès lors, le Tribunal retiendra les conclusions du Dr U _____, à savoir que, s'agissant des troubles physiques, le statu quo sine est atteint depuis septembre 2007 et qu'il n'existe plus d'incapacité de travail.

La recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte l'IRM du genou droit du 20 mars 2009 et l'IRM des cervicales du 8 juin 2009. On ne voit cependant pas comment l'intimée aurait pu en tenir compte dans sa décision sur opposition dès lors que ces rapports n'ont été produits que dans le cadre du recours. De plus, l'IRM des cervicales du 8 juin 2009 est postérieure à la décision sur opposition de sorte qu'elle n'a pas à être prise en considération dans la présente procédure (cf. ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Par ailleurs, l'IRM du genou droit met en évidence une chondropathie rotulienne de grade IV. Or, dans le cadre de l'expertise du Dr U _____, la recourante a mentionné uniquement des douleurs occasionnelles au genou droit et n'a pas prétendu que ce trouble provoquait une incapacité de travail. De plus, rien n'indique qu'une telle chondropathie soit d'origine post-traumatique. Par conséquent, ce grief ne remet pas en question les conclusions des experts.

En définitive, sur la base de ce rapport d'expertise et de celui du Dr P _____, il ressort que l'état de la recourante est stabilisé, que le statu quo sine est atteint au plus tard depuis septembre 2007 et que cette dernière possède une capacité résiduelle de travail entière dans une activité adaptée.

10. Dans un deuxième moyen, la recourante allègue qu'il existe un lien de causalité adéquate entre l'accident et ses troubles psychiques actuels.

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime, il convient tout d'abord de distinguer les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. La gravité d'un accident s'apprécie d'un point de vue objectif, en fonction de son déroulement; il ne faut pas s'attacher à la manière dont la victime a ressenti et assumé le choc traumatique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa).

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; la durée anormalement longue du traitement médical; les douleurs physiques persistantes; les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa).

11. En l'espèce, contrairement à ce que soutient la recourante, lors de l'accident du 29 décembre 2004, elle n'a pas subi d'accident de type « coup du lapin », puisqu'un diagnostic d'entorse ou de distorsion cervicale n'a été posé, ni dans le questionnaire de l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération cranio-cervical, rempli par le Dr LAM le 27 janvier 2005, ni postérieurement par le Dr L_____ (cf. ATF 119 V 338 consid. 2 et ATF 117 V 360 consid. 4b). En effet, dans ledit questionnaire, le Dr LAM a diagnostiqué des contusions touchant diverses parties du corps, sans mentionner la colonne cervicale. Par conséquent, la jurisprudence en la matière ne s'applique pas et la question de la causalité adéquate doit être examinée à la seule lumière de la jurisprudence relative aux troubles psychiques.

L'accident a consisté en une collision frontale entre deux voitures roulant, pour l'une, entre 40 et 50 km/h et, pour l'autre, à 60 km/h. Cet accident doit être rangé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne ainsi que cela résulte du rapport de la gendarmerie du 22 février 2005. En effet, bien qu'il s'agisse d'une collision frontale, l'événement en cause ne saurait être qualifié de grave, au vu de la vitesse moyenne des véhicules au moment de l'accident et de l'absence tant de perte de connaissance de la recourante que d'une hospitalisation (ATFA non publié U 94/2000 du 2 novembre 2000, consid. 2b). Au demeurant, même s'il fallait le considérer comme un accident moyen à la limite d'un accident grave, aucun des éléments retenus par la jurisprudence n'est réalisé avec une intensité suffisante. En effet, contrairement aux allégations de la recourante, il n'existe aucune circonstance de nature à faire apparaître l'accident en cause comme particulièrement impressionnant ou dramatique, puisqu'elle n'a pas perdu connaissance et a pu s'extraire de son véhicule par ses propres moyens, même si elle a dû tirer sur sa cheville à cet effet. De plus, selon les déclarations qu'elle a faites à la police, il y a eu un énorme choc et les airbags se sont déclenchés, ce qui rend peu vraisemblable qu'elle ait été confrontée à une expérience de mort en voyant se diriger un véhicule dans sa direction qui traversait la chaussée. En effet, ses déclarations de la première heure ne mentionnent pas qu'elle a vu le véhicule arriver en face d'elle. En outre, on ne voit pas comment un choc frontal peut faire craindre une explosion imminente, puisque

les réservoirs d'essence sont placés dans la partie arrière des véhicules et que le rapport de police ne fait état d'aucune fuite d'essence. Cet accident n'a pas non plus causé de lésion physique sérieuse (ni fracture, ni déficit neurologique). Quant à la durée du traitement médical, on ne saurait prendre en compte les thérapies psychiatriques auxquelles s'est soumise la recourante du moment que le lien de causalité adéquate doit être examiné en excluant les aspects psychiques (ATF non publié 8C 827/2008 du 4 août 2009, consid.4.3). Or, sur le plan strictement somatique, le traitement médical prescrit a consisté, essentiellement, en médication antalgique que la recourante a arrêtée, en mai 2005, en raison des effets secondaires et du fait que les douleurs étaient vivables (cf. rapport d'expertise du Dr M_____, p. 13) ainsi qu'en physiothérapie intensive et en ostéopathie jusqu'en été 2007, puis en opération par voie arthroscopique du poignet droit en date du 7 mars 2007 dont le traitement a duré environ cinq mois. Même si cette intervention a été pratiquée plus de deux ans après l'accident, le Dr O_____ avait proposé une révision chirurgicale par arthro IRM, en octobre 2005, soit cinq mois après les premières plaintes de la recourante concernant le poignet droit, à laquelle cette dernière n'a pas donné suite. Par conséquent, la longue durée du traitement ne provient pas des médecins, mais de la recourante. Au demeurant, dans son expertise du 30 décembre 2007, le Dr U_____ a précisé que le traitement a été adéquat (p. 15), ce qui confirme qu'il n'a pas pu provoquer de troubles psychiques. En outre, il n'y pas eu d'erreur ou de complications particulières dans ce suivi médical. En ce qui concerne la durée de l'incapacité de travail causée par les seules séquelles physiques de l'accident, elle ne saurait être considérée comme importante. En effet, selon le Dr M_____, ces dernières ne constituaient plus, à partir du mois de septembre 2005, un obstacle à la reprise d'une activité professionnelle, puisque le principal empêchement pour une telle reprise était lié au syndrome de stress post-traumatique, qui n'entraînait plus d'incapacité de travail à partir de la fin mars 2006. De plus, déjà avant l'accident, la recourante a développé un trouble somatoforme douloureux qui a prédominé le tableau clinique et qui a retardé la reprise d'une activité professionnelle. Dans ce contexte, on ne peut pas admettre que le critère de la persistance des douleurs soit réalisé.

En définitive, il n'existe ni cumul des circonstances propres à entraîner ou à aggraver une incapacité de travail d'origine psychique, ni élément présentant à lui seul une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis au-delà de septembre 2007.

12. Dans un troisième grief, la recourante conteste le revenu d'invalidé retenu par l'intimée.

Est déterminant, lors de la comparaison des revenus au sens de l'art. 18 al. 2 LAA, le moment de l'ouverture du droit à une éventuelle rente et non celui de la décision sur opposition (ATF 128 V 174 consid. 4a; cf. aussi ATF 129 V 222).

En règle générale, le revenu hypothétique de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé. Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible (ATF 129 V 222 consid. 4.3.1 et la référence). Le revenu sans invalidité doit être établi sans égard au fait que l'assuré mettait à profit entièrement, ou en partie seulement, sa capacité de travail avant l'accident. Sont déterminantes les possibilités de gain d'un assuré censé les utiliser pleinement (ATF 119 V 475 consid. 2b). Lorsqu'on peut partir de l'idée que l'assuré aurait continué son activité professionnelle sans la survenance de l'atteinte à la santé, on prendra en compte le dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des circonstances à l'époque où est né le droit à la rente (cf. ATF 129 V 222 consid. 4). Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières qu'il peut se justifier qu'on s'en écarte et qu'on recoure aux données statistiques résultant de l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS) édité par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Tel sera le cas lorsqu'on ne dispose d'aucun renseignement au sujet de la dernière activité professionnelle de l'assuré ou si le dernier salaire que celui-ci a perçu ne correspond manifestement pas à ce qu'il aurait été en mesure de réaliser, selon toute vraisemblance, en tant que personne valide; par exemple, lorsqu'avant d'être reconnu définitivement incapable de travailler, l'assuré était au chômage ou rencontrait d'ores et déjà des difficultés professionnelles en raison d'une dégradation progressive de son état de santé ou encore percevait une rémunération inférieure aux normes de salaire usuelles. On peut également songer à la situation dans laquelle le poste de travail de l'assuré avant la survenance de l'atteinte à la santé n'existe plus au moment déterminant de l'évaluation de l'invalidité (cf. ATFA non publié B 80/01T. du 17 octobre 2003, consid. 5.2.2 résumé dans REAS 2004 p. 239).

Quant au revenu d'invalidité, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé en particulier de l'activité effectivement exercée après la survenance de l'atteinte à la santé (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa). Lorsque l'assuré n'a pas repris d'activité, ou aucune activité adaptée lui permettant de mettre pleinement en valeur sa capacité de travail résiduelle, contrairement à ce qui serait raisonnablement exigible de sa part, le revenu d'invalidité peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'OFS (ATF 126 V 75. consid. 3b/aa et bb). On se réfère alors à la statistique des salaires bruts standardisés, en se fondant toujours sur la médiane ou valeur centrale (ATF 124 V 321 consid. 3b/bb).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant de l'ESS doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire sta-

tistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

13. En l'espèce, étant donné que l'état est stabilisé à dire d'expert depuis septembre 2007 et que la rente est allouée à partir du 1^{er} novembre 2008, il y a lieu de comparer les revenus pour l'année 2008.

La question du gain assuré, fixé à 47'198 fr. par l'intimée, n'est pas contestée par la recourante, ni contestable.

Avant son accident, la recourante exerçait l'activité de monteuse TV à 100%, puis, en raison des cervicalgies préexistantes ayant entraîné une incapacité de travail à partir du 12 décembre 2000, elle a suivi une formation d'assistante de réalisation à 70% à partir du 22 août 2003, puis à 50% dès le 2 août 2003 et jusqu'au 31 décembre 2004. Selon un rapport de la TSR du 14 avril 2005, bien que la recourante ait accompli de manière tout à fait satisfaisante ses divers mandats, un terrain d'entente n'a pas pu être trouvé concernant sa planification à 50% à l'année et il n'a pas été possible de lui offrir une formation en adéquation avec cette situation de reconversion professionnelle. Par conséquent, il faut admettre que, même sans l'accident du 29 décembre 2004, la recourante n'aurait plus exercé l'activité d'assistante de réalisation. Il ressort des explications données par l'employeur, dans son courriel du 22 janvier 2008, que le contrat de travail n'a pas été modifié depuis le 1^{er} avril 1998 et qu'il se base toujours sur un salaire de monteuse TV s'élevant à 97'091 fr. 80 en 2008, ce qui justifie de tenir compte, à titre de revenu sans invalidité, du dernier salaire réalisé avant l'accident, comme l'a fait l'intimée.

Depuis le 26 septembre 2006, la recourante exerce une activité de saisie de listes d'inventaire TV à 30%. Ce faisant, elle ne met pas en pratique sa capacité de travail entière dans une activité adaptée de sorte que le salaire qu'elle réalise dans cette activité ne peut suffire à constituer son revenu d'invalidité (cf. ATF 129 V 472 consid. 4.2 et ATF 126 V 75 consid. 3b/aa).

Au vu de la liste des contraintes physiques établies par la TSR pour les postes de monteuse TV et d'assistante de réalisation, il ressort que le premier ne permet pas une alternance des positions, alors que le second implique des ports de charges d'environ 10 kilos lors des reportages. Par conséquent, il existe un doute que la recourante puisse effectivement exercer ces activités à 100% ou sans diminution de rendement, de sorte qu'il convient de prendre en considération la capacité résiduelle de travail de la recourante dans une activité adaptée, à savoir sans utilisation répétitive du poignet droit et sans port de charges de plus de 5 kilos à ce niveau. Compte tenu de l'activité de substitution dans un emploi adapté aux limitations fonctionnelles de la recourante, le salaire de référence est celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives dans le secteur privé (ESS 2008, TA1, p. 53, niveau de qualification 3). Ce secteur recouvre un large éventail

d'activités variées et non qualifiées, n'impliquant pas de formation particulière, et compatibles avec des limitations fonctionnelles peu contraignantes (cf. ATF non publié 9C_536/2008 du 14 novembre 2008, consid. 3.2). En effet, au vu de l'expérience de la recourante de plus de dix ans en tant que monteuse TV, on doit admettre que celle-ci possède des connaissances professionnelles qualifiées justifiant la prise en considération de la catégorie de salaire 3 (cf. ATF non publié 8C_708/2007 du 21 août 2008, consid. 5.4). Ledit salaire statistique s'élève en 2008 à 61'140 fr. (5'095 x 12) part au 13^{ème} salaire comprise. De plus, puisque les salaires bruts standardisés sont fondés sur un horaire de travail de quarante heures (ATF 129 V 410 consid. 3.1.2), le revenu statistique doit être adapté à l'horaire de travail en 2008, qui est de 41.6 heures par semaine (OFS, durée normale de travail dans les entreprises), soit à 63'585 fr. 60 (61'140 x 41.6 : 40).

Etant donné que la recourante est âgée de 56 ans à la date de la décision sur opposition, qu'elle a des limitations fonctionnelles puisqu'elle ne peut pas accomplir des activités répétitives avec le poignet droit, ni porter des charges supérieures à cinq kilos, il convient, contrairement à ce que soutient l'intimée, de procéder à un abattement de 15% sur le revenu d'invalidé (cf. ATFA non publié I 275/05 du 24 octobre 2005, consid. 5.2) qui s'élève à 54'047 fr. 75 (63'585.60 x 85%). En comparant ce revenu avec celui de valide, le taux d'invalidité est de 44% (97'091.80 - 54'047.75 : 97'091.80 x 100), soit très proche du taux d'invalidité de 47% admis par l'intimée dont il convient de confirmer le calcul.

14. La recourante requiert des mesures supplémentaires d'instruction, à savoir la mise en œuvre d'une expertise indépendante ainsi que l'audition du Dr L_____ et de son employeur, « afin d'établir que son taux d'occupation dans son activité actuelle a été fixé sur des bases concrètes ».

Etant donné que les pièces versées au dossier permettent de statuer en pleine connaissance de cause sur la capacité résiduelle de la recourante en lien avec l'accident du 29 décembre 2004, une instruction complémentaire s'avère superflue par appréciation anticipée des preuves (ATF 122 II 469 consid. 4a et ATF 119 V 344 consid. 3c). En conséquence, il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire.

15. Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, sera rejeté. Pour le surplus, la procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGa).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris WANGELER

Le secrétaire-juriste : Philippe LE GRAND ROY

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