REPUBLIQUE ET CANTON DE GENEVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3482/2006 **ATAS/759/2007**

ARRET

DU TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES

Chambre 2

du 3 juillet 2006

En la cause

Madame M_____, domiciliée , GENEVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pascal MAURER — recourante

contre

VAUDOISE ASSURANCES, sise place de Milan, LAUSANNE — Intimée

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

EN FAIT

1. Madame M_____ (ci-après : la recourante), née en 1969 et ressortissante des États-Unis d'Amérique, a travaillé dès le 24 avril 1995 en tant qu'assistante au département des ventes de X_____ SA. À ce titre, elle était couverte contre les accidents professionnels et non professionnels par la VAUDOISE ASSURANCES (ci-après : la VAUDOISE).

2. Le 29 mai 1999, la recourante se trouvait sur un bateau à moteur conduit par son mari qui remorquait une skieuse nautique sur le Léman au large du port de Crans. Alors qu'elle était couchée sur le pont avant, la recourante a passé par dessus bord en raison de la vague provoquée par le demi-tour effectué par le bateau pour aller récupérer la skieuse nautique qui était tombée à l'eau. Une fois dans l'eau, sa jambe gauche a passé sous la coque et a été happée par l'hélice.

3. Le même jour, elle a été transportée aux urgences du (ci-après : "établissement hospitalier") où les médecins ont constaté une fracture ouverte stade III de la jambe gauche en regard du poplité avec section de la veine poplitée, de l'artère poplitée et du nerf sciatique poplité externe. Ils ont procédé en urgence à un pontage de l'artère poplitée, à une ostéosynthèse du plateau tibial, à une suture de la veine poplitée, à une neurorraphie du nerf saphène externe provisoire et à une fasciotomie. Puis, le lendemain, ils ont pratiqué une reconstruction artérielle par pontage de veine avec plastie de l'artère poplitée.

4. Le 31 mai 1999, l'employeur a déclaré l'accident à la VAUDOISE et, le 1er juin 1999, cette dernière a accepté de verser ses prestations.

5. Le 9 juin 1999, les médecins du "établissement hospitalier" ont procédé à la fermeture de trois plaies à la jambe gauche et à un prélèvement de greffe sur le cuir chevelu. Le séjour hospitalier a pris fin le 6 juillet 1999, puis, le 31 août 1999, la recourante a subi une greffe du nerf sciatique poplité externe.

6. Le 10 août 2000, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité.

7. Dès le 1er octobre 2000, la recourante a repris le travail à 20 %, puis à 30 % dès le 1er novembre 2000, à 40 % dès le 5 mars 2001, enfin à 50 % dès le 3 avril 2001.

8. Cependant, dès le 5 juin 2001, le Dr A_____, neurologue, a attesté une incapacité de travail de 75 %.

9. Le 6 août 2001, l'employeur a informé la VAUDOISE que la recourante avait résilié ses rapports de travail avec effet au 31 août 2001 en raison d'un état de grande lassitude et de douleurs constantes qui l'empêchaient d'assumer sa tâche de manière satisfaisante.

10. Le 21 septembre 2001, la VAUDOISE a confié un mandat d'expertise pluridisciplinaire au Centre de la douleur à Genolier.

11. Le 12 février 2002, les Drs B_____, neurologue, et C_____, psychiatre et psychothérapeute, ont procédé à un examen de la recourante ainsi qu'à une anamnèse personnelle et médicale lors de laquelle la recourante a indiqué qu'elle avait donné son congé en raison de difficultés de concentration et de fatigabilité, mais également dans un contexte de difficultés pour l'entreprise et de restructuration structurelle. Dans leur rapport du 8 avril 2002, ils ont diagnostiqué un status après traumatisme sévère du membre inférieur gauche ayant entraîné une fracture ouverte de degré III C de la métaphyse proximale du tibia et du péroné avec atteinte intra-articulaire, une lésion sévère du nerf sciatique poplité externe par section et contusion ainsi qu'une atteinte ischémique par rupture de l'artère tibiale postérieure, une atteinte persistante sévère du nerf sciatique poplité externe, un état anxio-dépressif dans le cadre d'un état de stress post-traumatique, des douleurs au niveau de l'épaule droite sur tendinopathie sous-scapulaire sans relation avec l'accident de mai 1999. Ils ont estimé que les plaintes de la patiente et les troubles constatés étaient dus de façon certaine à l'évènement du 29 mai 1999. Les experts ont procédé en plusieurs étapes de raisonnement concernant la capacité de travail. C'est ainsi qu'ils ont considéré que 25 % de l'incapacité de travail étaient vraisemblablement liés à des éléments de restructuration de l'entreprise. Ils ont expliqué que, sur le plan fonctionnel, l'atteinte du nerf sciatique poplité externe gauche n'entraînait pas d'incapacité de travail mais que les douleurs persistantes ainsi que les phénomènes dysesthésiques entraînaient très certainement une limitation de la capacité de travail notamment par la diminution de la concentration et la fatigabilité anormale liées au phénomène algique qui pouvait être estimée entre 25 et 50 %. Ils ont précisé que les troubles psychiques avaient altéré la capacité de fonctionnement de la patiente de manière globale (professionnelle et privée). Ils ont conclu à une incapacité de travail de 50 % en tenant compte des éléments physiques et psychiques auxquels il fallait ajouter une incapacité de travail de 25 % liée à des facteurs étrangers à l'accident et secondaires au processus de remaniement de l'entreprise de la patiente bien que favorisés par l'état de faiblesse psychologique dans lequel elle se trouvait. En définitive, ils ont admis une incapacité de travail de 75 % en tant que conséquence de l'accident de mai 1999. Ils ont ajouté que l'amélioration de la thymie de la patiente devrait permettre, dans un contexte professionnel plus favorable, une reprise progressive de l'activité professionnelle au moins à 50 % mais qu'il n'était pas certain que la capacité de travail puisse dépasser 50 % même dans une activité adaptée et permettant une gestion de l'engagement de la patiente sans stress professionnel trop important.

12. Dans un second rapport d'expertise du 12 mai 2003, les mêmes experts, après avoir examiné la patiente, ont constaté que les plaintes étaient essentiellement superposables à celles exprimées lors de l'expertise précédente. Sur le plan physique, ils ont mis en évidence une petite amélioration de l'éversion du pied

gauche et, sur le plan psychiatrique, une petite amélioration de l'état anxio-dépressif ainsi que de l'état de stress post-traumatique toutefois sans disparition. En conséquence, ils ont confirmé les diagnostics posés antérieurement. Ils ont estimé que 50 % de l'incapacité de travail étaient liés vraisemblablement à des éléments de restructuration de l'entreprise ainsi qu'à des facteurs de personnalité. Ils ont considéré que la capacité de travail consécutive à l'accident était de 50 % et que l'état de santé pouvait être maintenant considéré comme stabilisé. Ils ont précisé qu'eu égard à l'activité professionnelle exercée jusqu'ici par la patiente et à la prépondérance psychiatrique des troubles, l'incapacité de travail de 50 % était valable pour toute activité lucrative quelle qu'elle soit. Ils ont fixé une perte à l'intégrité globale de 30 %.

13. Le 28 mai 2003, la VAUDOISE a informé la recourante qu'elle mettait fin au versement de l'indemnité journalière avec effet au 31 mai 2003 étant donné que, selon les experts, il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement une amélioration notable de son état de santé.

14. Par décision du 23 juin 2003, la VAUDOISE a alloué à la recourante une rente d'invalidité de 50 % dès le 1er juin 2003 sur la base d'un gain assuré de 94'672 fr. 05. Elle a également octroyé une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30 % et s'est déclarée prête à prend en charge les frais de traitement consécutifs à une rechute ou des séquelles tardives ou permettant de conserver sa capacité résiduelle de gain.

15. Le 22 juillet 2003, la recourante a formé opposition contre ladite décision. Elle a contesté tant le taux de la rente d'invalidité que le gain assuré et le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

16. A la suite du courrier du 6 novembre 2003 par lequel la VAUDOISE a, d'une part, admis que, durant l'année précédant l'accident, la recourante avait gagné 105'276 fr. 50 de sorte que le maximum légal au 29 mai 1999 s'élevait à 97'200 fr., d'autre part donné des explications relatives au taux de l'atteinte à l'intégrité et au taux d'invalidité, la recourante a accepté, le 1er mars 2004, le taux de l'atteinte à l'intégrité de 30 % fixé par la VAUDOISE. Quant au taux d'invalidité, elle a estimé qu'il devait être arrêté à 80 % pour tenir compte des douleurs endurées qui l'empêchaient de dormir suffisamment et d'exercer une quelconque activité suivie pour le moment.

17. Dans un rapport du 2 juin 2004 adressé à l'assurance-invalidité, le Dr C_____ a confirmé les diagnostics posés dans ses précédents rapports. Lors de son examen, il a constaté chez la patiente une attitude de révolte et a précisé que, dans une telle situation, les éléments dépressifs ne ressortaient pas vraiment mais étaient masqués par l'état d'agitation, la collaboration n'était pas optimale et la relation était difficile. Il a précisé que une fois qu'elle s'était calmée, elle avait réussi à établir une relation fonctionnelle lors de laquelle les éléments dépressifs, l'angoisse profonde, la

blessure narcissique ressortaient d'autant plus. Il a expliqué qu'une partie de sa souffrance était en relation indéniable avec l'accident et une autre était liée à sa difficulté à faire face dès lors que sa capacité de résilience avait été dépassée. Quant à l'incapacité de travail, il a estimé qu'elle était totale, à savoir 50 % pour des raisons d'accident et 50 % pour des raisons de maladie. Il a considéré que la patiente était très optimiste en s'imaginant retrouver une activité actuellement car la médication n'était pas efficace, elle induisait beaucoup d'effets secondaires et la thérapie devait peut-être être entièrement revue. Il lui a semblé adéquat d'admettre une incapacité de travail de 75 % plutôt que de 100 % pour des raisons plus psychologiques que médicales.

18. Par fax du 4 octobre 2004 adressé à la recourante, la VAUDOISE a déclaré que, sur la base de ces renseignements, elle était prête à entrer en matière sur un taux d'invalidité économique de 75 % qu'elle pourrait confirmer par décision sur opposition.
19. Par courrier du 11 octobre 2004, la recourante a répondu à la VAUDOISE qu'elle acceptait sa proposition, à savoir un taux d'invalidité de 75 % et lui a demandé de rendre une décision sur opposition fixant le taux d'invalidité à 75 %.

20. Par décision sur opposition du 13 octobre 2004, la VAUDOISE a alloué à la recourante une rente d'invalidité de 4'987 fr. par mois dès le 1er juin 2003 tenant compte d'un gain assuré de 97'200 fr. plus renchérissement de 2.6 % à partir du 1er janvier 2003, d'un taux d'indemnisation de 80 % et d'un degré d'invalidité de 75 %.

21. La VAUDOISE a demandé à X_____ à Annemasse (France) de procéder à une surveillance de la recourante durant trois journées en récoltant toutes informations utiles au moyen de preuve, via une observation et/ou une enquête, afin d'établir son degré de mobilité réelle et les conséquences de son handicap sur ses activités physiques et/ou sportives, enfin de déterminer si elle exerçait une quelconque activité (professionnelle ou privée) en contradiction avec son incapacité de travail. Dans son rapport du 7 décembre 2004, le directeur de X_____ a indiqué qu'il ressortait de l'enquête effectuée dans le proche voisinage de la recourante que cette dernière ne sortait que très peu depuis son accident, qu'elle n'était pas connue pour effectuer un quelconque sport ou une activité professionnelle et qu'elle ne paraissait pas du tout gênée par son handicap pour se déplacer.

22. Par courrier du 24 décembre 2004, la VAUDOISE a informé la recourante que son médecin-conseil l'avait rendue attentive aux lacunes importantes du dossier médical, notamment sur le plan orthopédique et neurologique. Elle a ajouté : "En tant qu'assureur LAA, soumis à la maxime d'office, nous nous devons de compléter notre dossier et nous sommes, par conséquent, contraints d'annuler la décision sur opposition précitée (13 octobre 2004) jusqu'à l'obtention des éléments manquants. Nous maintenons cependant le versement de la rente actuelle". Elle a proposé que

des bilans complémentaires soient établis par le Centre d'expertise et de conseils médicaux "établissement hospitalier".

23. Dans un courrier du 7 janvier 2005 adressé à la VAUDOISE, la recourante a considéré que la décision sur opposition du 13 octobre 2004 résultait d'une transaction et reposait sur un dossier complet. Elle a indiqué qu'elle ne pouvait pas donner son accord à l'annulation d'une décision tout à fait valable et qu'elle n'avait pas l'intention de se soumettre à d'autres examens ou bilans complémentaires qui n'étaient pas nécessaires à l'appréciation de son cas.

24. Le 20 janvier 2005, la VAUDOISE lui a répondu que l'annulation de sa décision sur opposition du 13 octobre 2004 qui n'était pas encore entrée en force restait parfaitement valable et qu'elle n'avait pas à obtenir son accord. Elle a attiré son attention tant sur son obligation de collaborer aux mesures nécessaires d'instruction afin, notamment, de fixer les prestations d'assurance, que sur les conséquences d'un refus de collaborer. Elle lui a octroyé un délai de réflexion de trois semaines.

25. Le 24 janvier 2005, la recourante a indiqué à la VAUDOISE qu'au regard de sa menace de ne verser qu'une rente de 50 %, elle était contrainte de se soumettre à l'expertise décidée unilatéralement. Elle a précisé que son opposition à la décision du 23 juin 2003 était maintenue.

26. Le 21 avril 2005, la VAUDOISE a mis en oeuvre une expertise pluridisciplinaire auprès de la "établissement hospitalier"SA.

27. Par décision du 22 avril 2005, l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI) a alloué à la recourante une rente d'invalidité entière dès le 1er mai 2000 en retenant une incapacité de travail de 75% dans toute activité. Il a précisé que, selon l'avis de son service médical, l'activité reprise à mi-temps durant une courte période avait été exercée au-dessus de ses forces.

28. Dans leur rapport d'expertise du 21 octobre 2005, après avoir procédé, d'une part, à une anamnèse familiale et affective, socioprofessionnelle, médicale, d'autre part, à une électroneuromyographie, des analyses sanguines ainsi que des radiographies de l'épaule droite et des genoux, les Drs D_____, psychiatre et psychothérapeute, E_____, neurologue, F_____, orthopédiste, ont diagnostiqué une fracture ouverte du genou gauche avec perte de substance osseuse et discrète instabilité ainsi qu'une tendinite à l'épaule droite. Ils ont constaté une lésion du sciatique poplité externe qui n'avait pas été résolue par la greffe nerveuse ayant entraîné un handicap neurologique à la marche avec un steppage important (pied gauche tombant) et des douleurs importantes diurnes et nocturnes, une tendinite de l'épaule droite banale sans relation avec les suites de l'accident ainsi qu'une très discrète instabilité du genou gauche ne nécessitant pas de traitements spécifique. Ils ont précisé que, sur le plan psychologique, la patiente avait présenté un stress post-traumatique qui avait disparu grâce au traitement. Ils ont également

mentionné la présence de traits de personnalité exacerbés par sa souffrance et ses revendications, d'une humeur fluctuante en fonction des douleurs non endogènes de sorte qu'elle ne présentait pas à proprement parler de dépression. Ils ont expliqué que la recourante s'était montrée bien plus solide que lors des expertises précédentes, que la symptomatologie anxieuse et dépressive s'était encore nettement améliorée, qu'on ne retrouvait plus de symptômes significatifs de sorte que la recourante était en rémission et en consolidation. Ils ont estimé que les douleurs neurogènes permettaient toujours plus à la recourante de s'engager activement ainsi que concrètement dans la vie sociale et ont précisé qu'elle ne prenait plus régulièrement les antalgiques tels que le Neurontin. Quant à la capacité de travail, ils ont relevé que l'état de santé de la recourante était en nette amélioration sur les plans neurologique ainsi que psychiatrique et qu'on pouvait prévoir une reprise de travail progressive et ménageante, à savoir une capacité de travail de 25 % d'ici la fin d'année 2005 puis de 50 % d'ici au printemps 2006, par exemple au 1er mai.

29. Le 9 février 2006, la VAUDOISE a informé la recourante que, selon les experts, la compliance pharmacologique n'était pas optimale ce qui, associé à leurs constatations objectives et à ses déclarations, autorisait à penser que, du point de vue professionnel, une reprise progressive était également envisageable. Elle a estimé que, compte tenu de l'état de santé qui avait été constaté en été 2005 et qui n'avait pu que s'améliorer, au pire était resté le même, elle ne voyait pas de motifs de s'écarter des conclusions des experts de sorte qu'elle fixait le taux d'invalidité à 50 % à partir du 1er mai 2006.

30. Sur demande de la VAUDOISE quant à la nécessité d'un traitement psychique, après avoir pris contact avec la Dresse G_____, psychiatre et psychothérapeute, le Dr D_____ a précisé, le 12 mai 2006, que la recourante ne suivait plus de traitement chez un psychologue mais qu'elle consultait une fois par mois tout au plus la Dresse G_____. Il a estimé que, par mesure de compromis, on pouvait prévoir pendant une année la prise en charge de la moitié des séances par l'assurance-accidents et l'autre moitié par l'assurance-maladie.

31. Dans un rapport du 19 mai 2006, le Dr A_____, neurologue, a exposé qu'il avait constaté une très discrète amélioration de la fonction de certains muscles qui n'avait pas engendré d'amélioration fonctionnelle. Il a précisé que les douleurs neurogènes secondaires à la section du nerf ainsi que celles liées à la repousse nerveuse n'avaient toutefois pas changé et que cela représentait l'handicap principal de la recourante. Il a expliqué que le seuil de sensibilité à la douleur variait d'un jour à l'autre en fonction de nombreux paramètres tels que le stress et les traitements comportementaux. Il a admis l'existence de fluctuations du tableau neurologique, liées aux circonstances pouvant moduler la douleur, mais en aucun cas à une amélioration de ce dernier.

32. Dans sa détermination du 22 mai 2006, la recourante a contesté la teneur et les conclusions de l'expertise. Elle a nié la validité des tests représentant plus de 600 questions et a reproché aux experts de ne pas les lui avoir fait passer dans sa langue maternelle anglaise. Elle a produit un rapport de la Dresse G_____ du 12 avril 2006 relevant que le Dr D_____ considérait que la plupart des scores de dépression, d'anxiété et les critères de syndrome de stress post-traumatique étaient faussés par les douleurs subies par la patiente et leurs conséquences, puis qu'il niait l'existence même des douleurs qu'il avait pourtant invoquées pour conclure à l'absence de dépression d'anxiété ou de syndrome de stress post-traumatique. Elle a précisé que la patiente avait diminué la dose de Neurontin la veille de l'expertise pour avoir les idées claires parce que ce médicament avait des effets secondaires notables sur les fonctions cognitives, notamment un ralentissement du cours de la pensée et qu'elle tentait, de temps en temps, de baisser les doses car elle ne supportait pas l'idée d'être dépendante de médicaments à vie mais qu'elle était rappelée à la raison par la recrudescence des douleurs qui s'ensuivait. Enfin, elle a considéré qu'une reprise du travail à plus de 25 % était totalement illusoire et a préconisé une seconde expertise chez un psychiatre autre que le Dr D_____.

33. Par décision sur opposition du 20 juin 2006, la VAUDOISE a constaté que seule était encore litigieuse la question du taux d'invalidité. Elle a estimé que, sur la base des trois expertises réalisées dont les conclusions étaient finalement concordantes, il pouvait être fixé à 50 %. Elle a rejeté l'opposition et a confirmé la décision du 23 juin 2003 quant au taux d'invalidité.

34. Par acte du 22 septembre 2006, la recourante a déposé un recours contre ladite décision sur opposition auprès du Tribunal de céans. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'octroi d'une rente d'invalidité d'au moins 75 % avec effet rétroactif dès la réduction de la rente d'invalidité. Elle a allégué qu'aussi bien un lien de causalité naturelle qu'adéquate existait entre l'accident et l'atteinte à la santé dès lors que l'accident devait être qualifié de grave ou, en tous les cas, de gravité moyenne. Dans ce dernier cas, elle a relevé que la plupart des critères jurisprudentiels pour admettre la causalité adéquate entre l'accident et les troubles étaient réunis. Elle a contesté les conclusions de l'expertise des médecins de "établissement hospitalier" notamment en tant qu'elles retenaient une nette amélioration sur les plans neurologique et psychiatrique ainsi qu'une incapacité de travail de 50 % dès le 1er mai 2006. À cet égard, elle s'est référée aux appréciations de ses médecins traitants, à savoir le Dr A_____ et la Dresse G_____. En outre, elle a soutenu que l'expertise se basait essentiellement sur la prise de sang indiquant que le Neurontin n'était pas significativement présent alors que, volontairement et de façon tout à fait exceptionnelle, elle n'avait pas pris ce médicament ce jour-là dès lors qu'il la rendait extrêmement fatiguée et incohérente. Elle a fortement mis en doute l'indépendance du Dr D_____ dans la mesure où, d'une part, celui-ci s'était adressé à la Dresse G_____ en tant que porte-parole de l'assurance pour que cette dernière envoie ses factures à la Caisse-maladie et non plus à

l'assurance-accidents, d'autre part en raison des termes employés dans le rapport d'expertise, notamment quant à la justification de la prise en charge du traitement requis. Enfin, elle a estimé inadmissible et abusif que l'intimée se base sur la reprise de l'activité professionnelle à temps partiel dès la fin 2000 pour justifier sa décision de taux d'invalidité à 50 % alors que, dans les mêmes circonstances, la VAUDOISE avait admis une incapacité de travail de 75 % dans sa décision du 13 octobre 2004.

35. Dans sa réponse du 22 novembre 2006, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a précisé qu'elle admettait que les troubles de la recourante étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré. Elle a relevé que, sur la base de l'ensemble du dossier, notamment trois évaluations médicales pluridisciplinaires et un rapport d'enquête effectuée par un détective privé, la recourante était certainement en mesure d'en faire davantage que ce qu'elle-même et ses médecins traitants laissaient entendre. Elle a précisé que la dernière expertise avait confirmé les précédentes évaluations médicales dès lors que le taux de 50 % avait déjà été fixé par décision du 23 juin 2003. Elle a relevé que le Dr D_____, lors de son intervention auprès de la Dresse G_____, n'avait pas agi comme son porte-parole mais dans le but de préciser une réponse du rapport d'expertise. Enfin, elle a soutenu qu'on ne pouvait pas lui reprocher d'avoir annulé une décision sur opposition non entrée en force dès lors que son but était d'évaluer le plus précisément possible l'aptitude de la recourante.

36. Par ordonnance du 1er décembre 2006, le Tribunal a ordonné la comparution personnelle des parties qui a eu lieu le 9 janvier 2007. Lors de cette audience, la recourante a soutenu que l'expertise pluridisciplinaire à laquelle avait procédé la "établissement hospitalier"était clairement axée sur l'aspect psychiatrique et la volonté de démontrer une simulation de sa part. Elle a précisé qu'elle n'avait vu l'expert que vingt minutes. Elle a déclaré : "(…) après sept ans et avec le port d'une attèle, je marche aujourd'hui comme tout le monde. En revanche, les douleurs sont permanentes, très fortes, malgré des médicaments forts également, notamment dérivés de la morphine. D'une part, la peau réagit au moindre contact, drap, matelas, habits et des brûlures, de type décharge électrique notamment, se font sentir à chaque contact. Par ailleurs, le muscle est comme solidifié ce qui génère des crampes et des démangeaisons insupportables, 24 heures sur 24. Entre les douleurs, le manque de sommeil et les médicaments, je ne suis pas en état de penser normalement ou de me concentrer. J'aspire à retrouver ma vie d'avant. J'ai fait une tentative à raison de deux après-midi par semaine dans une librairie à titre de bénévole en été 2006. J'ai donné le meilleur de moi-même mais en rentrant j'étais complètement épuisée y compris le jour d'après et le surlendemain (…)".

Elle a produit deux pièces complémentaires à savoir un rapport d'analyses sanguines du 19 mai 2006 démontrant la présence de Neurontin dans le sang et un courrier de la Dresse H_____ du 22 décembre 2006 adressé au Dr D_____ l'informant qu'à la suite de leur téléphone du printemps 2006, elle

continuerait à facturer ses prestations à l'assurance-accidents. Sur quoi, le Tribunal a ordonné l'ouverture des enquêtes avec l'audition de la Dresse G_____ ainsi que celle du Dr A_____ agendées en février 2007 et a laissé ouverte la question du CD-ROM produit par l'intimée avec son dossier.

37. Lors de son audition du 27 février 2007, la Dresse G_____ a déclaré : "Je suis Mme M_____ depuis l'an 2000 et encore à ce jour, à raison maintenant d'une fois toutes les trois semaines environ. Aujourd'hui, en terme de diagnostic psychiatrique, il y a un état dépressif associé à des douleurs chroniques persistantes avec un côté anxieux moins présent à l'heure actuelle. Le degré de l'état dépressif est aujourd'hui moyen. Pour moi, ce n'est pas le principal obstacle qui est aujourd'hui la gestion des douleurs chroniques, mais ce n'est certes pas un diagnostic. L'évolution de l'état de santé psychiatrique depuis 2000 est fluctuante mais on est passé d'un état dépressif sévère à un état dépressif de moyen à léger, grâce au traitement tant médicamenteux qu'au suivi psychothérapeutique. Les médicaments que je prescris n'ont pas d'effet particulier en termes de concentration ou de fatigue. Je souhaite préciser qu'il y avait également un syndrome post-traumatique dont il reste aujourd'hui certains symptômes. Sur question, s'agissant d'une capacité résiduelle maximale de 25% que j'ai indiquée dans mon rapport du 12 avril 2006, j'explique qu'il s'agit naturellement d'une évaluation globale, et que ce ne sont pas les seuls diagnostics psychiatriques qui la fondent, mais surtout l'importance des douleurs persistantes ainsi que la lourde médication. Je dirais que cette capacité résiduelle d'un maximum de 25% est dans tous les métiers. Les métiers physiques sont exclus notamment les stations prolongées quelles qu'elles soient et les métiers plus intellectuels nécessitent une concentration qui est difficile pour Mme M_____. Je n'ai pas suivi Mme M_____ avant son accident, mais au vu de l'anamnèse, je pense que l'incapacité de travail actuelle est entièrement due à l'accident. Notamment Mme M_____ ne souffrait pas de trouble de la personnalité susceptible d'entraver le processus de guérison. On peut dire qu'au vu des circonstances, ses difficultés actuelles sont tout à fait normales et seraient celles de tout un chacun. Vu le temps de récupération de Mme M_____, je ne pense pas qu'un travail à 50% par tranche soit possible. Concernant les tests que le Dr D_____ a fait passer à Mme M_____, je souhaite préciser avant tout qu'il est peu judicieux à mon sens de faire passer des tests en langue française à une personne qui est de langue maternelle anglaise, d'autant plus que ces tests existent vraisemblablement en langue anglaise (…). Je confirme que, quant aux résultats des tests de dépression et d'anxiété, ils sont comparables à mes constatations. Sur question, je conteste que Mme M_____ soit revendicatrice. De même, je ne pense pas qu'elle exagère ses douleurs (…). Pour moi, le suivi est toujours en lien avec l'accident et ses conséquences."

    Au cours de cette audition, l'intimée a produit la réponse du Dr D_____ du 12 janvier 2006 (recte : 2007) au courrier de la Dresse H_____ du 22 décembre 2006. Dans cette réponse, le Dr D_____ a précisé qu'il n'avait pas d'autre

fonction que celle d'expert pour des questions de capacité de travail ainsi que de causalité, qu'il n'était pas médecin-conseil d'assurance et qu'il ne lui incombait pas de décider quelle assurance remboursait les prestations.

38. Quant au Dr A_____, lors de son audition du 27 février 2007, il a déclaré : "Je suis Mme M_____ depuis le mois d'octobre 2000 et encore à ce jour. Actuellement, nous faisons le point environ deux fois par an sur ses douleurs et sur la médication. Cela étant, je suis au courant de ce qui la concerne, car elle me tient informé régulièrement (…). Je confirme que sur le plan neurologique, seule une amélioration marginale a pu être constatée par EMG, soit une petite repousse d'un nerf moteur, toutefois sans répercussion fonctionnelle. Le problème est donc principalement celui des douleurs, je dirais que le bilan est de façon générale très mitigé, si l'on compare les plaintes en 2000 et les plaintes actuelles. La médication a pu baisser un peu l'intensité globale des douleurs mais c'est tout. Je tiens à préciser que Mme M_____ souffre d'un syndrome douloureux qui est permanent, sans jamais aucun répit. En outre, il ne s'agit pas de douleurs comparables par exemple aux douleurs musculaires. Je prendrais volontiers l'image d'une douleur provenant d'une dent ouverte en permanence dans laquelle le dentiste irait encore sans anesthésie, avec ses instruments et où toute boisson exacerbe encore la douleur. Les douleurs de Mme M_____ ont par conséquent des répercussions sur tous les aspects de sa vie. La littérature est abondante en la matière mais on n'y voit pas d'axe thérapeutique qui parvienne à apporter un soulagement total. Chaque axe thérapeutique n'agit d'ailleurs que sur un aspect de la douleur qui en contient de nombreux. Les médicaments anti-dépresseurs et anti-épileptiques sont les seuls qui parviennent à baisser un tout petit peu le niveau des douleurs. Vu ce qui précède, l'évaluation de la capacité résiduelle de travail est très difficile. Tout travail continu, avec des contraintes de temps et/ou de rendement est à mon sens impossible. Dans une activité agréable, qu'elle pourrait faire à son rythme et sans facteur de stress, je pense que Mme M_____ pourrait travailler à temps partiel. J'ai trouvé l'évaluation des experts C_____ et I_____ bonne car elle est globale et je peux adhérer à leurs conclusions d'une incapacité de travail à hauteur de 75% soit 50% en raison des douleurs et 25% en raison de fatigabilité et état psychologique fragilisé. Je dirais que cela ne m'étonne pas que l'état neurologique de Mme M_____ et les douleurs susmentionnées agissent sur son état psychique. Je doute par conséquent que l'on puisse clairement distinguer entre ce qui découlerait directement de l'accident ou pas. Vu le contexte, je constate que Mme M_____ n'a pas baissé les bras. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, je dirais que mon appréciation vaut pour toute la durée du traitement jusqu'à ce jour, et que l'état est consolidé. Sur question, j'indique que les médicaments pris par Mme M_____ ont tous des effets secondaires, essentiellement de fatigue et de difficulté de concentration. Mme M_____ se plaint principalement du Neurontin dont elle dit qu'il l'assomme, c'est un effet connu de ce médicament (…). A la question de savoir comment il se fait que dans

leur appréciation globale, y compris neurologique, les experts de "établissement hospitalier" arrivent à une capacité de travail bien supérieure à mon évaluation, j'explique qu'à mon sens, cela peut provenir de ce que le rapport du neurologue, qui est très bien fait sur le plan technique, ne prend pas en compte la répercussion fonctionnelle des douleurs. Il ne s'exprime par ailleurs pas à titre personnel sur la capacité de travail sur le plan neurologique. Il n'y a par ailleurs pas d'amélioration neurologique constatée, quant à l'état psychique, il est possible que Mme M_____ ait été ce jour-là plus alerte, mais de façon générale, on ne peut pas retenir d'amélioration. Sur question, j'indique ignorer si l'absence de prise de Neurontin sur un ou deux jours suffit à faire baisser le taux comme constaté par la "établissement hospitalier". Je ne peux me prononcer sur l'efficacité de la thérapie de Fribourg."

39. Lors de la comparution personnelle qui s'en est suivie, l'intimée a précisé qu'elle retirait de son chargé le CD-ROM enregistré dans un format illisible pour le Tribunal et qu'elle était d'accord de soumettre les procès-verbaux de ce jour à son médecin-conseil ainsi que de lui demander une nouvelle détermination.

40. Dans son écriture du 28 mars 2007, l'intimée a maintenu ses conclusions et a produit un rapport du 20 mars 2007 du Dr J_____, médecin-conseil et chirurgien orthopédique. Dans ce rapport, après avoir rappelé l'anamnèse, le Dr J_____ a expliqué que, d'après tous les rapports, c'était principalement la douleur qui justifiait l'incapacité de travail mais qu'elle était influencée par l'état psychique dépressif. Il a précisé qu'il n'avait jamais vu une description de la douleur comme celle faite par le Dr K_____, responsable du Centre de la douleur. Il a estimé que l'état dépressif n'était plus post-traumatique après tant d'années et qu'il s'agissait d'une pathologie sans rapport de causalité avec l'accident ayant une influence négative sur l'évolution. Il a précisé qu'au vu des activités d'un niveau relativement élevé exercées par la recourante dans son précédent poste, il devait lui être possible de retrouver une activité à 50 % au minimum.

41. Dans son écriture du 30 avril 2007, la recourante a persisté dans ses conclusions. Elle a relevé qu'elle n'avait jamais rencontré le Dr J_____ qui n'était pas neurologue, ni psychiatre, ni spécialiste de la douleur ce qui justifiait de ne pas prendre en considération ses allégations. Elle a estimé que, dans son appréciation, ce médecin se basait uniquement sur une activité statique, alors que son poste précédent impliquait des voyages à l'étranger, des visites aux clients et des rendez-vous extérieurs nécessitant de nombreux mouvements dont elle n'était plus capable. Elle a précisé que le port de l'attelle était douloureux mais lui permettait de donner l'illusion qu'elle marchait comme tout le monde. Elle a contesté que le Dr J_____ puisse se prononcer sur les interactions entre une douleur qu'il n'avait jamais vue décrite et son état psychologique. Concernant l'expertise du 18 mars 2003, elle a relevé que cette dernière était incomplète dès lors que les experts n'avaient pas eu à disposition de documents médicaux postérieurs à leur expertise

du 8 avril 2002 de sorte qu'ils n'avaient effectué leur mission d'expert que sur la base d'un examen et de données déjà contenues dans leur expertise précédente. Elle a contesté qu'une partie de son incapacité de travail était due à une restructuration dans l'entreprise et à des facteurs de personnalité car si elle avait donné son congé c'est parce qu'elle ne pouvait plus travailler avec les douleurs qu'elle ressentait en permanence. En outre, elle a précisé qu'elle n'avait jamais souffert d'une quelconque dépression avant son accident de sorte qu'on ne pouvait mettre son incapacité de travail sur le compte de prétendus facteurs de personnalité. Elle a estimé que l'audition de ses médecins traitants avait permis de confirmer l'intensité de ses douleurs et leurs répercussions sur sa capacité de gain et de travail.

42. Le 4 mai 2007, le Tribunal a communiqué cette écriture à l'intimée et a gardé la cause à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 5 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (LAA).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que les faits juridiquement déterminants se sont déroulés postérieurement à son entrée en vigueur (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3).

3. Selon l'art. 60 al. 1 LPGA, le délai de recours est de trente jours. Toutefois, en dérogation à la LPGA, en vertu de l'art. 106 LAA dans sa teneur valable jusqu'au 31 décembre 2006, il est de trois mois pour les décisions sur opposition antérieures au 1er janvier 2007 portant sur des prestations d'assurance. En l'espèce, la décision sur opposition a été reçue par la recourante le 22 juin 2006 et les délais sont suspendus du 15 juillet au 15 août inclusivement, conformément à l'art. 89C let. b de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985

(LPA). Etant donné que le délai a commencé à courir le 23 juin 2006, le recours du 22 septembre 2006 a été formé en temps utile. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56 et ss LPGA

4. Le litige porte exclusivement sur le taux de la rente d'invalidité de la recourante dès le 1er mai 2006, étant précisé que le degré d'invalidité de 75 % accepté par l'intimée jusqu'au 30 avril 2006 n'est pas contesté et que le lien de causalité naturelle ainsi qu'adéquate entre l'accident et les troubles actuels est admis par l'intimée et n'est donc pas litigieux.

Il y a lieu de préciser que, dans un premier temps et par décision du 23 juin 2003, l'intimée a allouée à la recourante une rente d'invalidité de 50 % dès le 1er juin 2003, puis qu'à la suite de l'opposition de la recourante, elle a porté le taux d'invalidité à 75 % dès le 1er juin 2003 par décision sur opposition du 13 octobre 2004, avant d'annuler cette décision par courrier du 24 décembre 2004 en raison d'une instruction complémentaire sur le plan neurologique et orthopédique tout en précisant qu'elle maintenait la rente. En définitive, après avoir mis en œuvre une nouvelle expertise auprès du centre d'expertise "établissement hospitalier" et avoir eu connaissance des conclusions des experts, elle a fixé le taux d'invalidité à 50 % par décision sur opposition du 20 juin 2006.

Afin de pouvoir déterminer quelles sont les dispositions légales applicables, il convient tout d'abord de clarifier la situation sur le plan juridique. Ainsi que le relève à juste titre la recourante, l'octroi d'une rente d'invalidité de 75 % résulte d'une transaction entre les parties. En effet, à la suite du rapport du Dr C_____ adressé à l'OCAI, l'intimée a informé la recourante par fax qu'elle était prête à accepter un taux d'invalidité de 75 %, puis par courrier subséquent, la recourante a accepté cette proposition qui a été confirmée par décision sur opposition. En définitive, dans le cadre de la première procédure d'opposition, les parties ont négocié le taux de la rente d'invalidité de sorte qu'il s'agit bien d'une transaction.
Aux termes de l'art. 50 LPGA, les litiges portant sur des prestations des assurances sociales peuvent être réglés par transaction (al. 1). L'assureur est tenu de notifier la transaction sous la forme d'une décision sujette à recours (al. 2). Les al. 1 et 2 s'appliquent par analogie à la procédure d'opposition ainsi qu'à la procédure de recours.
En l'espèce, l'intimée a notifié la transaction par décision sur opposition du 13 octobre 2004, puis a souhaité annuler sa décision par courrier du 24 décembre 2004, soit pendant le délai de recours. Cependant, dans le même courrier, elle a précisé qu'elle maintenait le versement de la rente actuelle. Or, elle ne peut pas en même temps annuler une décision allouant une rente d"invalidité de 75 % et en même temps préciser que cette même rente continue à être versée jusqu'à connaissance des résultats de l'instruction complémentaire. Au regard de ces contradictions, il n'y a pas lieu de s'attacher aux termes utilisés par l'intimée dans

son courrier du 24 décembre 2004, mais à son comportement, à savoir la poursuite du versement de la rente d'invalidité de 75 % parallèlement à une instruction complémentaire. En réalité, par son courrier du 24 décembre 2004, l'intimée a ouvert une procédure en révision de la rente ayant des effets pour l'avenir et n'a annulé ni sa rente d'invalidité de 75 % versée dès le 1er juin 2003, ni sa décision sur opposition du 13 octobre 2004 allouant cette rente.

Selon la jurisprudence, une transaction conclue par un organe administratif constate uniquement les opinions convergentes des parties. En revanche, l'acte formateur doit résulter d'une décision. La décision n'est alors pas simplement la confirmation de la transaction, mais un acte administratif propre donnant naissance à des prétentions de droit public soustraites à l'autonomie de volonté et à l'accord des parties (ATF 104 V 162 consid. 1).

Certes, d'après la doctrine (MOOR, Droit administratif volume II, Berne, p. 340), pendant le délai de recours, l'autorité peut librement révoquer sa décision (on parle quelquefois de "retrait"). Celle-ci n'est pas définitive puisque précisément un recours est encore possible. Selon une ancienne décision de principe du Tribunal fédéral des assurances (ATF 107 V 191 consid. 1), pendant le délai de recours, l'administration peut revenir sur une décision même lorsqu'elle n'est pas manifestement erronée et que sa rectification ne revêt pas une importance notable (cf. art 53 al. 2 LPGA). En effet, la sécurité juridique et le principe de la confiance n'ont pas la même signification jusqu'à l'entrée en force de la décision qu'après ce moment. De plus, il convient de renvoyer à la réglementation de l'art. 53 al. 3 LPGA selon laquelle l'administration peut modifier la décision "pendente lite" sans être liée par les conditions particulières valant pour la reconsidération d'une décision entrée en force. Le but de cette réglementation est de permettre l'exécution du droit objectif de la manière la plus simple possible. Cette préoccupation justifie d'autant plus une reconsidération sans condition lorsqu'il s'agit de revenir sur une décision qui n'est pas encore entrée en force.

En l'occurrence, l'intimée était en droit d'annuler sa décision sur opposition du 13 octobre 2004 sans condition puisque le délai de recours n'était pas échu et que, même si cette décision faisait suite à une transaction, il s'agissait d'un acte administratif propre qui n'est pas sujet à l'autonomie de volonté et à l'accord des parties. Par ailleurs, la procédure en révision est possible selon l'art 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable. Dans ce cas, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. De même, aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Toutefois, ces deux voies de modification de décision concernent uniquement des décisions entrées en force. De plus, l'intimée ne prétend pas, à juste d'ailleurs comme on le verra, que l'incapacité

de travail de la recourante ou son état de santé se serait amélioré à partir du 13 octobre 2004. Elle ne prétend pas davantage que la décision sur opposition du 13 octobre 2004 serait manifestement erronée et tel n'est d'ailleurs pas le cas. En revanche, elle soutient que la capacité résiduelle raisonnablement exigible de la recourante est de 50% dès le 1er mai 2006.

En définitive, il y a lieu d'examiner si le taux d'invalidité de 75 % dès le 1er juin 2003 retenu dans la décision sur opposition du 13 octobre 2004 doit être diminué à 50 % après le 30 avril 2006.

5. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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 en principe déterminant 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.

6. La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir (ATF 122 V 158 consid. 1b; ATFA non publié du 13 octobre 2004, U 345/03, consid. 3.2).

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, qui s'applique aussi bien en procédure administrative qu'en procédure de recours de droit administratif (art. 40 PCF en corrélation avec l'art. 19 PA ; art. 95 al. 2 OJ en liaison avec les art. 113 et 132 OJ), l'administration ou le juge apprécie librement les preuves, sans être lié par

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

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).

7. La recourante soutient, en s'appuyant sur les rapports des Drs G_____ et A_____, que son incapacité de travail est de 75 % dans toute profession, alors que l'intimée prétend qu'elle est de 50 %, en se basant essentiellement sur le rapport d'expertise "établissement hospitalier" et les précédentes évaluations médicales des Drs C_____ et B_____.

   Comme le relève à juste titre la recourante, la seconde expertise du 12 mai 2003 a été exécutée par les Drs C_____ et B_____ sur la base d'un dossier médical incomplet puisqu'ils n'ont pas eu connaissance du rapport du 4 avril 2002 du psychologue L_____ faisant état de pertes mal acceptées par la patiente quant à la révision à la baisse de ses ambitions professionnelles ainsi que sociales et à la réorganisation à long terme de son mode de vie engendrant un fort découragement. Ils n'ont pas davantage eu connaissance du rapport du 10 avril 2002 de la Dresse G_____ indiquant que l'état psychologique ne participait qu'à environ 25 % dans l'incapacité de travail essentiellement due aux handicaps physiques, surtout aux douleurs chroniques. De plus, leur rapport est contradictoire en tant qu'il retient que, dans l'incapacité de travail de 100 %, la moitié est en relation de causalité naturelle avec l'accident et l'autre moitié dépend des facteurs de personnalité et des éléments économiques. En effet, dans leur expertise du 8 avril 2002, ces mêmes experts avaient expressément indiqué que les facteurs de

personnalité passaient au second plan vu la gravité de l'accident et ils n'ont donné aucune explication permettant de comprendre leur changement de position. En définitive, par ses lacunes et contradictions, ledit rapport d'expertise ne remplit pas les critères jurisprudentiels permettant de lui accorder une valeur probante.

Quant au rapport d'expertise du 21 octobre 2005 des Drs D_____, q_____ et F_____ il ne contient aucune appréciation de la capacité résiduelle de travail sur le plan neurologique alors même que l'expert neurologue relève qu'une bonne part des douleurs présentées par la patiente ainsi que les décharges électriques sont d'origine neurogènes dans le cadre de douleurs de déafférentation. Il n'est donc pas possible de savoir quels sont les critères qui ont permis aux experts d'évaluer la capacité de travail. Pour sa part, l'expert psychiatre précise que, selon BECK, lors de perceptions douloureuses, le sommeil ou l'appétit sont liés à la douleur, puis, un peu plus loin dans son rapport, il se réfère à d'autres tests dont l'un des critères est le manque d'énergie pour conclure à une dépression subjective et à une obtusion mentale. Ce raisonnement est contradictoire puisque s'il admet que la fatigue et la fatigabilité de la recourante sont dues aux douleurs, il ne peut pas en même temps prétendre que ces états constituent un trouble psychique. Comme le relève à juste titre la recourante, il est primordial pour la fiabilité des résultats que les tests soient exécutés dans la langue maternelle du patient, soit en l'occurrence en anglais, ce que l'expert psychiatre n'a pas fait bien que ces divers tests aient été originairement créés en anglais. Cette appréciation est d'ailleurs confirmée par la Dresse G_____ qui, lors de son audition par le Tribunal, a précisé qu'il était peu judicieux de faire passer des tests en langue française à une personne de langue maternelle anglaise. Par ailleurs, ces tests ont pour fonction d'objectiver les plaintes du patient, mais l'expert n'indique pas s'ils sont utilisés de la même façon et avec la même fiabilité aussi bien chez des patients souffrant de douleurs dont l'origine est organique que chez des patients ne présentant pas de douleurs organiques. Toutefois, dans le cadre du test de l'hystérie de conversion, il précise qu'ils ont été élaborés sur la base d'un groupe de patients souffrant de troubles sans cause organique. En conséquence, chez une patiente souffrant de douleurs organiques, il n'est pas possible de se baser sur ces tests pour conclure, comme le fait l'expert, à une maximisation des douleurs en raison de traits hypocondriaques et histrioniques. Au demeurant, il convient de rappeler que, selon le premier rapport d'expertise des Drs C_____ et B_____, les facteurs de personnalité passent au second plan en raison de la gravité de l'accident de sorte que l'appréciation du Dr D_____ se basant sur cet argument pour conclure à une majoration des plaintes est peu convaincante. Enfin, les experts motivent très brièvement leur appréciation d'une capacité de travail de 50 % dès le 1er mai 2006 en raison d'une nette amélioration sur les plans neurologiques et psychiatriques alors même que l'expert neurologue indique qu'il n'y a aucun signe de réinnervation sensitive dans le territoire du nerf musculo-cutané gauche et qu'une bonne partie des douleurs ainsi que des décharges électriques sont d'origine neurogène. Il est dès

lors incompréhensible que la capacité de travail puisse être évaluée à 25 % dès la fin de l'année 2005, puis à 50% dès le 1er mai 2006, sans qu'il existe une quelconque amélioration du status neurologique.

En raison des contradictions qu'il contient et des doutes que le Tribunal a quant à la fiabilité de ces divers tests chez des patients de langue étrangère et en cas de douleurs organiques, le rapport des Drs D_____, q_____ et F_____ ne remplit pas davantage les critères jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une valeur probante. Quoi qu'il en soit, on peut retenir que ces experts ne font pas valoir d'amélioration de l'état de santé.

8. Le rapport d'expertise du 8 avril 2002 des Drs C_____ et B_____ se base tant sur un examen de la recourante que sur l'étude du dossier assécurologique et des examens électromyographiques. Il prend également en considération les plaintes exprimées par la recourante et a été établi en pleine connaissance d'une anamnèse personnelle et médicale. La description et l'appréciation de la situation médicale sont claires. Les experts se sont exprimés sur l'évolution de l'état de santé et sur la capacité de travail qu'ils estiment à 50 % en raison des phénomènes algiques et dysesthésiques ainsi que de leur répercussion sous forme de fatigue, de fatigabilité et de difficultés de concentration, en association avec l'état de stress post-traumatique. Ils considèrent que les autres 25 % d'incapacité de travail admis par les médecins traitants sont vraisemblablement liés aux problèmes induits par la restructuration de l'entreprise. Puis, ils expliquent que l'incapacité de travail de 25 % liée à des facteurs étrangers à l'accident et secondaires au processus de remaniement de l'entreprise est tout de même favorisée par l'état de faiblesse psychologique dans lequel se trouve la patiente. Ils précisent que la gravité de l'accident est telle que les facteurs de personnalité passent au second plan. Enfin, ils concluent que, directement et indirectement, l'incapacité de travail en tant que conséquence de l'accident est de 75 %. Ces précisions permettent de comprendre que, de toute façon, l'état de faiblesse psychologique de la recourante est une conséquence de l'accident et que l'incapacité de travail en rapport avec ce dernier est bien de 75 %. L'appréciation des experts est soutenue par le Dr A_____ qui, lors de son audition par le Tribunal, a déclaré qu'il trouvait leur évaluation bonne car globale et qu'il pouvait adhérer à leurs conclusions d'une incapacité de travail de 75 %. En définitive, les conclusions des Drs C_____ et B_____ apparaissent cohérentes et convaincantes de sorte qu'il y a lieu de reconnaître une valeur probante entière à leur rapport d'expertise.

Les premières conclusions de l'expertise du Centre de la douleur sont confirmées par le Dr C_____ qui, dans son rapport du 2 juin 2004 rédigé dans le cadre de l'assurance-invalidité, a estimé que l'incapacité de travail de 100 % existait à part égale pour des raisons d'accident ainsi que de maladie et a précisé que la patiente était très optimiste lorsqu'elle s'imaginait retrouver une activité actuellement car la médication n'était pas efficace et induisait beaucoup d'effets secondaires. Enfin, il a

conclu que, pour des raisons psychologiques plus que médicales, il fallait admettre une incapacité de travail de 75 % plutôt que de 100 % en expliquant qu'une partie de sa souffrance était en relation avec la maladie alors qu'une autre était liée à sa difficulté à mobiliser ses ressources puisque sa capacité de résilience avait été dépassée. Elles sont également corroborées par les déclarations données au Tribunal par le Dr A_____, le 27 février 2007, qui a confirmé que, sur le plan neurologique, il n'existe qu'une amélioration marginale sans répercussion fonctionnelle et que les douleurs de la recourante sont continuelles, ne lui laissent aucun répit et ont des répercussions sur tous les aspects de sa vie. Quant à la capacité de travail, il a considéré que tout travail continu avec des contraintes de temps et/ou de rendement était impossible et qu'il pouvait se rallier à l'incapacité de travail de 75 % retenue par les Drs C_____ et B_____, à raison de 50 % pour les douleurs et de 25 % en raison de la fatigabilité ainsi que de l'état psychologique fragilisé. Enfin, elles sont aussi soutenues par la Dresse G_____ qui, lors de son audition par le Tribunal, a mentionné une capacité résiduelle de travail d'au maximum 25 % dans tous les métiers et a indiqué qu'au vu des circonstances, les difficultés actuelles étaient tout à fait normales et seraient celles de tout un chacun.

9. En définitive, il existe une unanimité entre, d'une part, les experts C_____ et B_____, d'autre part, les Drs G_____ ET A_____ quant à la capacité résiduelle de travail de la recourante estimée à 25 % dans toute activité en raison essentiellement des douleurs de sorte qu'il convient de retenir cette appréciation tout en laissant indécise la question de savoir si seule une activité à titre occupationnelle peut être exercée à 25 %. Au demeurant, même en appliquant la capacité résiduelle de travail de 50 % admise par les Drs D_____, q_____ et F_____, la recourante aurait néanmoins droit à une rente d'invalidité de 75 % comme on va le voir ci-dessous.

10. La notion d'invalidité est, en principe, identique en matière d'assurance-accidents, d'assurance militaire et d'assurance-invalidité. Dans ces trois domaines, elle représente la diminution permanente ou de longue durée, résultant d'une atteinte à la santé assurée, des possibilités de gain sur le marché du travail équilibré qui entre en ligne de compte pour l'assuré. L'uniformité de la notion d'invalidité n'a cependant pas pour conséquence de libérer chacune de ces assurances de l'obligation de procéder dans chaque cas et de manière indépendante à l'évaluation de l'invalidité. D'un autre côté, une évaluation entérinée par une décision en force d'un assureur ne peut pas rester simplement ignorée par un autre assureur qui doit se laisser opposer la présomption d'exactitude de l'évaluation effectuée. Une appréciation divergente de celle-ci ne peut intervenir qu'à titre exceptionnel et seulement s'il existe des motifs suffisants. Peuvent constituer de tels motifs le fait qu'une évaluation repose sur une erreur de droit et ou sur une appréciation insoutenable, qu'elle résulte d'une simple transaction conclue avec l'assuré ou de mesures d'instruction extrêmement limitées ou superficielles ou encore qu'elle n'est

pas du tout convaincante ou entachée d'inobjectivité (ATF 126 V 293 consid. 2d, 119 V 474 consid. 4a; voir aussi VSI 2004 p. 185 consid. 3).

Encore faut-il, pour que l'assurance-invalidité soit liée par l'évaluation de l'invalidité de l'assurance-accidents, que celle-ci ait fait l'objet d'une décision, passée en force. Tel est le cas si l'entrée en force de la décision de l'assurance-accidents est postérieure à la décision attaquée de l'assurance-invalidité, mais qu'elle est intervenue au cours de la procédure de recours (ATFA non publié du 16 mars 2001, U 259/00, consid. 5a). Lorsqu'un recours est interjeté contre la décision de l'assureur-accidents, la juridiction saisie du litige doit, aux mêmes conditions, prendre en considération une décision de l'assurance-invalidité entrée en force dans l'intervalle (RAMA 2001 n° U 410 p. 73 consid. 3 et 4).

11. 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. L'assureur-accidents est cependant tenu, avant de se prononcer sur le droit à une prestation, d'examiner si aucune modification significative des données hypothétiques déterminantes n'est intervenue durant la période postérieure à l'ouverture du droit. Dans ce cas, il lui incombe de procéder à une nouvelle comparaison des revenus avant de rendre sa décision (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 (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Hypothétique, le revenu sans invalidité n'en doit pas moins être évalué de manière aussi concrète que possible. C'est pourquoi le revenu sans invalidité s'évalue, en règle générale, d'après 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).
Quant au revenu d'invalide, il doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. 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'invalide peut être évalué sur la base, notamment, des données salariales publiées par l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 75. consid. 3b/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). Les rétributions fixées par les conventions collectives de travail sont sensiblement inférieures aux salaires moyens usuels dans une branche, de sorte que seuls ceux-ci sont représentatifs pour établir le revenu déterminant (RCC 1986 p. 434 consid. 3b; ATFA non publié U 63/06 du 7 mars 2007, consid. 3.3).

La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques 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 statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

12. Dans le présent litige, selon la jurisprudence susmentionnée, il y a lieu de comparer les revenus pour l'année 2003. En effet, le droit à la rente débute le 1er juin 2003 puisque l'intimée a mis un terme au versement de l'indemnité journalière dès cette date et qu'à dire de médecin, l'état de la jambe gauche est stabilisé depuis mars 2003 (cf. art. 19 al. 1 LAA).

A cet égard, le Tribunal relève que, dans sa décision sur opposition du 20 juin 2006, l'intimée n'a aucunement pris en considération la décision entrée en force de l'OCAI du 22 avril 2005 fixant le taux d'invalidité à 75 %, bien qu'elle était antérieure à la sienne et que l'évaluation de l'invalidité était tout à fait correcte de sorte qu'elle la liait.

Selon le dossier de l'assurance-invalidité, en 2003, la recourante aurait eu un revenu de 99'164 fr. (95'350 [prétentions salariales pour 2002] + 3'814 [adaptation de 4 % pour 2003]).

Quant au revenu d'invalide, il importe de préciser que la recourante n'a repris aucune activité professionnelle. Dès lors, il faut se référer aux données de l'Enquête suisse sur la structure des salaires. Selon l'OCAI, compte tenu de ses difficultés impliquant l'exercice de tâches peu diversifiées et un niveau d'autonomie restreinte, il y a lieu de retenir une activité simple et répétitive dans le secrétariat et les travaux de chancellerie pour une femme (niveau de qualification 4) qui donnait droit en 2002 (ESS 2002, Tableau TA7, valeur médiane, domaine 22, part au 13ème salaire comprise) à un revenu de 59'616 fr. (4'968 x 12) qui doit être adapté au renchérissement survenu en 2003 de 1.7 % (Office fédéral de la statistique, indice des salaires nominaux, femmes, T 1.2.93), soit 60'629 fr. 45 (59'616 + 1'013.45). 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 2003 doit être adapté à l'horaire de travail en 2003 qui était de 41.8 heures par semaine dans le secteur tertiaire (table T2.5.2), ce qui donne un revenu annuel de 63'357 fr. 80 (60'629.45 x 41.8 : 40) qu'il convient de fixer à 50 % à 31'678 fr. 90 (63'357.80 x 50 %).

Même dans une activité adaptée, la recourante doit alterner les positions, a des difficultés de concentration et un ralentissement dus aux importantes douleurs. De plus, elle n'exerce une activité qu'à temps partiel de sorte qu'elle ne pourrait obtenir

qu'un salaire moins élevé que le salaire statistique (ATFA non publiés du 10 mai 2002, I 481/01, consid. 4c et du 2 décembre 2002, I 500/02, consid. 1.4.1.).

En conséquence, elle a droit à une déduction en raison des limitations liées à son handicap qui peut être fixée à 20 %. En définitive, le revenu d'invalide s'élève à 25'343 fr. 10 (31'678.90 – 6'335.80). En comparant ce montant avec le revenu sans invalidité (99'164), on obtient une perte de gain de 73'740 fr. 90 (99'164 – 25'423.10) correspondant à un taux d'invalidité de 74 % (73'740.90 : 99'164 x 100) qui donne droit à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents correspondant à ce taux (cf. art. 18 al. 1 LAA). En conséquence, il y a lieu de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle établisse le calcul de la rente.

13. En conclusion, malgré l'insécurité juridique créée par le courrier de l'intimée du 24 décembre 2004, on peut retenir que la décision sur opposition du 13 octobre 2004 confirmant l'accord des parties quant au taux d'invalidité de 75 % était fondée et conserve toute sa validité. Aucune amélioration de l'état de santé de l'assurée, ni aucune appréciation manifestement erronée des faits n'a été mise en évidence dans la présente procédure, mais seulement une appréciation divergente qui n'est pas de nature à justifier la réduction du taux d'invalidité. En effet, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée la décision initiale (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 3.3).
Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision sur opposition du 20 juin 2006 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'750 fr. lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA). 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. L'admet et annule la décision sur opposition

3. de la VAUDOISE ASSURANCES du 20 juin 2006.

4. Confirme les termes de la décision sur opposition du 13 octobre 2004.

5. Dit que la recourante a droit à une rente d'invalidité de 75 % à partir du 1er juin 2003 et pour une durée indéterminée.

6. Renvoie la cause à l'intimée pour calcul des prestations dues.

7. Condamne l'intimée à verser au recourant une indemnité de 2'750 fr. à titre de dépens.

8. 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

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