

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3991/2007

ATAS/637/2008

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 30 mai 2008

En la cause

Madame G_____, domiciliée à GENEVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître ANDERS Michael

recourante

contre

GENERALI ASSURANCES, sise Direction générale, rue de la
Fontaine 1, GENEVE

intimée

**Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente; Christine TARRIT-DESHUSSES et Luis
ARIAS, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame G _____, est employée à la Ville de Genève comme agente municipale et assurée à ce titre contre le risque accidents auprès de la GENERALI ASSURANCES.
2. Le 6 juin 2003, elle est tombée dans les escaliers de son immeuble suite à l'agression d'un voisin. Elle a déclaré que celui-ci l'avait tirée par un bras et balancée contre un mur. S'en était suivie une chute, face contre terre, avec perte de connaissance de quelques minutes.
3. Le 13 juin 2003, la division des urgences des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) a attesté d'une contusion cervicale, entorse IPD D3 et contusions multiples.
4. Dès le 6 juin 2003, l'assurée a été en incapacité de travail totale et à 50 % depuis le 28 juillet 2003.
5. Le 28 juillet 2003, le Dr L _____ lui a prescrit des séances de physiothérapie.
6. Le 17 novembre 2003, le Dr M _____, FMH neurochirurgie, a attesté de douleurs cervicales persistantes après entorse traumatique. Le 28 novembre 2003, il a précisé que les douleurs étaient dues à l'accident mais pas les troubles dépressifs et le 11 décembre 2003, à la suite de radiographies fonctionnelles cervicales, qu'il s'agissait soit d'une entorse avec une atteinte diffuse, soit qu'il n'y avait pas de lésion anatomique.
7. Le 13 mai 2004, la Dresse N _____, FMH rhumatologie, a constaté que la patiente présentait des cervicalgies de tension avec contractures paravertébrales et limitation des amplitudes articulaires.
8. Le 1^{er} septembre 2004, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
9. A la demande de l'assureur, le Dr O _____, FHM en chirurgie, a rendu le 2 septembre 2004 une expertise.

Il conclut à un traumatisme relativement bénin de la colonne cervicale dans le cadre d'une agression, avec absence de lésions objectivables par l'imagerie médicale et d'évolution défavorable après plus d'une année avec un syndrome cervical sévère ne répondant pas aux différents traitements. Un état dépressif est nié mais l'influence de facteurs psychosociaux en plus de cette évolution paraît évidente bien que non apparente.

L'incapacité de travail à 50 % était justifiée. Il existait un syndrome cervical sévère avec un syndrome douloureux permanent, présent même au repos, qui, selon la table 7 de la SUVA, pourrait justifier une atteinte à l'intégrité de 10 à 20 %.

Cependant, à l'heure actuelle, l'état de l'assurée n'était pas stabilisé et le problème de l'atteinte à l'intégrité devrait être réexaminé d'ici une année.

10. Le 12 novembre 2004, la Dresse N_____ a estimé que la patiente présentait un status post-traumatique fonctionnel et probablement lésionnel et que ses lésions dégénératives n'avaient jamais motivé une consultation pour douleurs.
11. Le 2 décembre 2004, le Dr L_____ a constaté des douleurs cervicales malgré le traitement antalgique et physiothérapeutique.
12. A la demande de l'assureur, le centre multidisciplinaire de la douleur (CMD), soit les Drs P_____ et Q_____, a rendu le 2 février 2005 une expertise.

Ils concluent à un syndrome vertébral sur dysfonction C6-C7 sur entorse vertébrale probable, en lien avec l'accident et relèvent que la situation n'est pas encore stabilisée et que l'incapacité de travail de 50 % est justifiée au vu de la mobilité pratiquement nulle de la colonne vertébrale.

13. Le 2 mai 2005, la Dresse N_____ a attesté d'une évolution très lentement favorable et d'une capacité de travail à 50% depuis le 29 juillet 2003. Il y avait à craindre un dommage permanent sous forme de douleur chronique avec raideur. Elle a estimé dans le cadre de la procédure menée par la Caisse d'assurance du personnel de la Ville de Genève et des services industriels de Genève (CAP) qu'une mise à l'invalidité est justifiée à raison de 50 % et à revoir dès la fin 2006.
14. Par décision du 14 juin 2005, l'assureur a mis un terme à toute prestation dès le 7 juin 2005 en se fondant sur l'expertise du CMD selon laquelle le statu quo sine devrait être retrouvé au plus tard deux ans après l'accident.
15. Dès le 1^{er} juillet 2005, l'assurée a reçu une rente d'invalidité de 50 % de la CAP.
16. Le 15 juillet 2005, l'assurée a fait opposition à la décision du 14 juin 2005.
17. Par convention du 15 août 2005, l'assurée et l'assureur ont convenu de la mise en œuvre de mesures de réhabilitation.
18. Le 18 octobre 2005, l'assurée a été examinée par le Dr R_____, FMH médecine interne et rhumatologie du SMR, dans le cadre de la procédure AI, lequel a rendu un rapport le 21 novembre 2005. Il pose les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de cervicalgies chroniques persistantes dans le cadre de troubles dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 et status après entorse cervicale en juin 2003. Il note la présence d'un important syndrome cervical et retient une capacité de travail depuis le 18 octobre 2005 de 80 % dans l'activité d'agente municipale et de 100 % comme ancienne employée de banque ou ancienne téléphoniste dans une centrale de taxis. Les limitations fonctionnelles sont les suivantes : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et la

position debout. Pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos. Pas de port régulier de charges d'un poids excédant douze kilos. Pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc.

19. A la demande de l'assureur, le CMD a rendu un complément d'expertise le 12 décembre 2005.

Les experts relèvent qu'il n'est pas aisé de comprendre pourquoi il n'y a plus de relation de causalité naturelle avec l'accident du 7 juin 2003. Il est vrai que l'assurée ne s'est jamais plainte de sa colonne cervicale. Cependant, il existe un état antérieur sous la forme d'une uncadiscarthrose à deux étages, C4-C5 et C5-C6, découvert à l'imagerie, qui était totalement asymptomatique jusqu'à l'accident. Certes, cet état antérieur aurait peut-être pu le rester, si l'accident n'avait pas eu lieu, mais, à l'inverse, l'accident n'aurait pas eu de conséquences aussi importantes, si l'état antérieur n'avait pas existé. Ce qui permet cette dernière affirmation, c'est l'absence de lésion anatomique objectivement démontrable pouvant prouver que l'accident a entraîné une aggravation déterminante. Il est admis, dans le cas de colonnes cervicales vierges de toute lésion, qu'en l'absence de lésion objective, un événement accidentel ne peut avoir d'effet délétère au-delà d'un an après l'événement. Le temps de latence a été doublé dans la mesure où il existe une cervicarthrose asymptomatique et où la violence du traumatisme était d'importance.

Ils ont conclu qu'à partir du 8 juin 2005, son état de santé doit être considéré comme secondaire à une maladie.

20. Par courrier du 21 décembre 2005, l'assureur a transmis à l'assurée le complément d'expertise du CMD et a invité celle-ci à dire si elle maintenait son opposition du 15 juillet 2005.
21. Par courrier du 1^{er} février 2006, l'assurée a déclaré retirer son opposition, vu les conclusions du complément d'expertise du CMD du 12 décembre 2005, et requis l'ouverture d'une instruction afférente à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI). Elle informait en outre l'assureur qu'elle avait subi un autre accident le 30 janvier 2006.
22. Le 20 mars 2006, l'assureur a informé l'assurée qu'il subsistait un dommage permanent à mettre uniquement sur le compte de la maladie depuis le 7 juin 2005, de sorte qu'une IPAI n'était pas justifiée.
23. Par décision du 5 avril 2006, l'OCAI a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} juin 2004 au 31 octobre 2005.
24. Le 11 avril 2006, la Dresse N_____, FMH rhumatologie et médecine physique et rééducation, a estimé que le statu quo sine, ni même le statu quo ante, n'étaient atteints.

Elle relève que la patiente, "suite à un événement accidentel survenu le 7.06.2003, a d'abord présenté une impotence fonctionnelle de la colonne cervicale dans le contexte d'une entorse avec impact sur le vertex. Bien que ces douleurs soient prédominantes au niveau C4-C5, c'est toute la colonne cervicale qui s'est enraidie. Au fil du temps, même si l'on peut imaginer que la plupart des cas similaires évoluent favorablement, il en est d'autres qui évoluent vers la chronicité en raison d'une kinésiophobie involontaire expliquant la difficulté qu'a la patiente à se laisser examiner" (...). "L'examen clinique montre qu'en fin de rotation des deux côtés, il y a des progrès et que la limite n'est pas dure mais souple, ce qui établit que ce n'est pas une limitation due à une limitation articulaire donc à l'arthrose sous jacente décompensée et qu'il n'y a pas lieu de penser que cette arthrose probablement antérieure à l'accident soit responsable de la pérennisation des plaintes. Les experts de la Generali Assurance s'appuient beaucoup sur ces lésions dégénératives pour prétendre que si elles n'avaient pas existé la patiente aurait récupéré son état antérieur. Pourquoi cette patiente aurait-elle d'après eux, une forte probabilité de souffrir des cervicales en raison de l'arthrose étant donné qu'aucune douleur ne s'est jamais produite ici avant l'accident. De notre côté, il y a fort à penser qu'avant de nombreuses années la patiente n'aurait pas été en incapacité de travail à cause de celle-ci. En ce qui concerne l'IPAI, les douleurs chroniques modérées diurnes et nocturnes des cervicales selon les tables LAA (+++) donnent lieu à un taux d'atteinte à l'intégrité de 20 %. Maintenant la question que je me pose est celle de la stabilité de l'état de santé de la patiente, je suis plutôt optimiste quant à une évolution partiellement favorable."

25. Le 1^{er} mai 2006, l'assurée a requis de l'assureur qu'il reconsidère sa position sur la base du certificat du 11 avril 2006 de la Dresse N_____, et, sinon, qu'il notifie une décision de refus d'entrer en matière sur une IPAI.
26. Un rapport d'expertise médicale du CMD du 9 octobre 2006 a été rendu à la demande de l'assureur dans le cadre de l'accident du 30 janvier 2006 (chute sur le dos) concluant à une cervico-dorso-scapulalgie bilatérale, une discarthrose cervicale de C4 à C7, avec protrusion discale non compressive en C4-C5 et C5-C6. Sur le plan somatique, l'état n'était pas définitif et une évolution définitive devrait intervenir à deux ans du 2^e accident.
27. Le 20 décembre 2006, le Service des ressources humaines de la Ville de Genève a informé l'OCAI que l'assurée avait tenté une reprise le travail à 80 %, laquelle était impossible, compte tenu de douleurs cervicales et dorsales, d'une baisse de la concentration et de la fatigue occasionnant des erreurs.
28. Le 11 janvier 2007, le SMR a estimé que l'activité habituelle n'était effectivement possible qu'à 50 %.

29. Le 12 mars 2007, l'assurée a été convoquée à un entretien par la réadaptation professionnelle de l'AI le 29 mars 2007.
30. Le 27 avril 2007, l'assurée a maintenu sa demande d'IPAI.
31. Par décision du 2 mai 2007, l'assureur a refusé de verser une IPAI en constatant que la décision du 14 juin 2005 était entrée en force par le retrait de l'opposition du 15 juin 2005 et qu'il n'y avait donc plus aucun lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé actuelle.
32. Le 4 juin 2007, l'assurée a fait opposition à cette décision en relevant que l'expertise du CMD du 2 février 2005 et son complément du 12 décembre 2005 ne se prononçaient pas sur la question de l'IPAI et que la Dresse N_____ avait considéré le 11 avril 2006 qu'une IPAI de 20 % était justifiée.
33. Dès le 1^{er} juillet 2007, l'assurée a travaillé à 75 % et reçu une rente d'invalidité de la CAP de 25 %.
34. Par décision du 19 septembre 2007, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assurée en précisant qu'il n'était pas pertinent que l'expertise du CMD ne se prononce pas sur le droit à une IPAI, dès lors qu'elle avait estimé de façon convaincante que le statu quo sine avait été atteint au plus tard le 8 juin 2005.
35. Le 22 octobre 2007, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS) à l'encontre de la décision sur opposition de l'assureur en concluant à son annulation et au versement d'une IPAI de 20 %, ainsi qu'à l'octroi de l'assistance juridique. Elle souhaitait être entendue oralement. S'agissant de l'IPAI, le CMD ne s'était jamais prononcé sur cette question. Par ailleurs, la convention de réhabilitation n'avait connu aucune suite.
36. Le 12 décembre 2007, l'assureur a conclu au rejet du recours en relevant que l'expertise du CMD avait pleine valeur probante, de sorte qu'il n'y avait, dès le 8 juin 2005, plus aucun lien de causalité entre l'accident et l'état de santé de la recourante.
37. Le 21 janvier 2008, le Tribunal de céans a tenu une audience de comparution personnelle des parties.

La recourante a déclaré qu'elle travaillait toujours à 75 %, depuis le 1^{er} juillet 2007, qu'avant son accident, elle n'avait jamais eu de douleurs à la nuque et que, depuis, elle devait prendre en permanence des antidouleurs; son avocat a déclaré que l'expertise avait été acceptée, dès lors qu'elle ne se rapportait qu'aux indemnités journalières et qu'elle ne tranchait pas la question de l'IPAI.

38. Le 21 janvier 2008, la recourante a transmis au Tribunal de céans l'expertise du CMD du 9 octobre 2006. Elle déclarait avoir invité l'intimée à ouvrir une

instruction sur IPAI et sur rente LAA, "en relation avec l'accident de 2006, eu égard à celui de 2003".

39. Le 22 janvier 2008, l'intimée a rappelé que la décision du 14 juin 2005 était entrée en force, qu'elle n'entendait pas procéder à une reconsidération et que l'accident de janvier 2006 était totalement étranger à la présente procédure.
40. A la demande du Tribunal de céans, l'OCAI a transmis une copie de son dossier le 13 mai 2008.
41. Sur quoi, la cause a été gardée 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. a) L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui - dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision - constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation mais non pas dans l'objet du litige. Les questions qui - bien qu'elles soient visées par la décision administrative et fassent ainsi partie de l'objet de la contestation - ne sont plus litigieuses, d'après les conclusions du recours, et qui ne sont donc pas comprises dans l'objet du litige, ne sont examinées par le juge que s'il existe un rapport de connexité étroite entre les points non contestés et l'objet du litige (ATF du 27 mars 2008, 9C 197/2007).

b) En l'espèce, l'objet de la contestation est la décision sur opposition du 19 septembre 2007 par laquelle l'intimée refuse tout droit à une IPAI à la recourante. L'objet du litige est identique dès lors que la recourante a contesté le bien-fondé de cette décision.

3. a) Selon l'art. 52 al. 1 LPGA, les décisions rendues en matière d'assurance sociale peuvent être attaquées dans les trente jours par voie d'opposition auprès de l'assureur qui les a rendues, à l'exception des décisions d'ordonnancement de la procédure. L'art. 10 al. 1 OPGA, édicté sur la base de la délégation de compétence

prévue par l'art. 81 LPGA, prévoit que l'opposition doit contenir des conclusions et être motivée. Si elle ne satisfait pas à ces exigences ou si elle n'est pas signée, l'assureur impartit un délai convenable pour réparer le vice, avec l'avertissement qu'à défaut, l'opposition ne sera pas recevable (art. 10 al. 5 OPGA).

b) L'opposition est un moyen de droit permettant au destinataire d'une décision d'en obtenir le réexamen par l'autorité, avant qu'un juge ne soit éventuellement saisi (cf. ATF 125 V 121 consid. 2a et les références). Elle assure la participation de l'assuré au processus de décision et poursuit notamment un but d'économie de procédure et de décharge des tribunaux, dans les domaines du droit administratif où des décisions particulièrement nombreuses sont rendues (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar: Kommentar zum Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000, Zurich 2003, n. 2 ss ad art. 52, avec les références; Pierre Moor, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 2ème édition, Berne 2002, p. 533 n° 5.3.2.2; Grisel, Traité de droit administratif, vol. II, p. 939). Dans ce cadre, la procédure d'opposition ne revêt de véritable intérêt que si l'opposant doit exposer les motifs de son désaccord avec la décision le concernant (voir cependant Kieser, op. cit., n. 13 ad art. 52); à défaut, on courrait le risque de faire de l'opposition une simple formalité avant le dépôt d'un recours en justice, sans qu'assuré et autorité aient véritablement examiné sur quoi portent leurs divergences. Les exigences formelles posées par l'art. 10 al. 1 OPGA concrétisent, par ailleurs, l'obligation de l'assuré de collaborer à l'exécution des différentes lois d'assurances sociales (art. 28 al. 1 et 43 al. 3 LPGA; Marco Reichmuth, ATSG - [erste] Erfahrungen in der IV, in : Schaffhauser/Kieser (édit.), Praktische Anwendungsfragen des ATSG, St-Gall 2004, p. 44), et correspondent largement à celles posées par la jurisprudence antérieure à la LPGA pour la procédure d'opposition prévue dans certaines branches d'assurance-sociale (ATF 123 V 130 consid. 3 et les références; voir également, en matière d'assurance-accidents, l'art. 130 al. 1 OLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002). Ainsi, le but de la procédure d'opposition, qui est obligatoire (SVR 2006 AHV N° 13, p. 44 et 2005 AHV N° 9 p. 30), est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près, parfois même en confiant l'examen du dossier à une autre personne que l'auteur de la décision contestée. Elle doit lui permettre, en particulier, de compléter au mieux le dossier, par des mesures d'instruction appropriées - souvent nécessitées par les nouveaux allégués de l'assuré - afin de décharger les tribunaux, ce qui est le but final recherché (ATF 125 V 188 consid. 1b p. 191, Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 25 septembre 2007, C 273/06).

c) La procédure d'opposition porte sur les rapports juridiques qui, d'une part, font l'objet de la décision initiale de l'autorité et à propos desquels, d'autre part, l'opposant manifeste son désaccord, implicitement ou explicitement (cf. ATF 119 V 350 consid. 1b et les références; voir également l'arrêt D. du 8 octobre 2003 [U 152/01] consid. 3). Si la décision initiale ne porte que sur un seul rapport

juridique - par exemple, le droit de l'assuré à une rente d'invalidité -, celui-ci constitue également l'objet de la procédure d'opposition. L'autorité valablement saisie d'une opposition devra donc se prononcer une seconde fois sur tous les aspects de ce rapport juridique, quand bien même la motivation de la nouvelle décision portera principalement sur les points critiqués par l'opposant. En cas de recours ultérieur à un juge, ce rapport juridique constituera également l'objet de litige dont il a à connaître (cf. ATF 125 V 415 ss consid. 2; pour la procédure d'opposition : Meyer-Blaser, Streitgegenstand im Streit-Erläuterungen zu BGE 125 V 413, in: Schaffhauser/Schlauri (édit.), Aktuelle Rechtsfragen der Sozialversicherungspraxis, St-Gall 2001, p.19, Arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 19 novembre 2004, I 663/03).

4. Les autorités administratives et judiciaires sont liées par le principe général de la bonne foi en procédure découlant aussi bien de l'art. 4 aCst. que de l'art. 9 Cst. L'interdiction du formalisme excessif qui constitue l'une de ces garanties de procédure commande à celles-ci d'éviter de sanctionner par l'irrecevabilité les vices de procédure qui auraient pu être redressés à temps, lorsqu'elles pouvaient s'en rendre compte assez tôt et les signaler utilement au plaideur (ATF 120 V 417 consid. 5a). Le formalisme excessif est une forme particulière de déni de justice prohibé par l'art. 29 al. 1 Cst. Il est réalisé lorsqu'il est prévu pour une procédure des règles de forme rigoureuses, sans que cette rigueur soit matériellement justifiée. Selon la jurisprudence, les formes procédurales sont nécessaires dans la mise en oeuvre des voies de droit pour assurer le déroulement de la procédure conformément au principe de l'égalité de traitement, ainsi que pour garantir l'application du droit matériel; toutes les exigences formelles ne se trouvent donc pas en contradiction avec la prohibition du formalisme excessif. Il y a formalisme excessif seulement lorsque la stricte application des règles de procédure ne se justifie par aucun intérêt digne de protection, devient une fin en soi et complique de manière insoutenable la réalisation du droit matériel ou entrave de manière inadmissible l'accès aux tribunaux (ATF 130 V 183 consid. 5.4.1, 128 II 142 consid. 2a). L'excès de formalisme peut résider soit dans la règle de comportement imposée au justiciable, soit dans la sanction qui lui est attachée (ATF 125 I 170 consid. 3a) (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 191/04 du 11 janvier 2005).
5. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 juge, cas

échéant, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

b) En matière de lésions du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (Schleudertrauma, whiplash-injury) sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un rapport de causalité naturelle doit, dans la règle, être reconnue lorsqu'un tel traumatisme est diagnostiqué et que l'assuré en présente le tableau clinique typique (cumul de plaintes telles que maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vision, irritabilité, labilité émotionnelle, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 consid. 2, 117 V 360 consid. 4b). En outre, l'absence de douleurs dans la nuque et les épaules dans un délai de 72 heures après l'accident assuré permet en principe d'exclure un traumatisme de type « coup du lapin » justifiant d'admettre un rapport de causalité naturelle entre cet accident et d'autres symptômes apparaissant parfois après une période de latence (par exemple : vertiges, troubles de la mémoire et de la concentration, fatigabilité), malgré l'absence de substrat objectivable ; il n'est pas nécessaire que ces derniers symptômes apparaissent eux-mêmes dans le délai de 72 heures après l'accident assuré (cf. arrêts U 580/06 du 30 novembre 2007 et U 215/05).

Dans un arrêt du 19 février 2008 (U 394/06) destiné à la publication, le Tribunal fédéral a précisé la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin » et lésions similaires. Il ressort de cet arrêt que la causalité naturelle ne peut être admise que dans la mesure où elle se fonde sur des données médicales fiables, soit des constatations de spécialistes. Les circonstances de l'accident et les douleurs dont se plaint l'assuré doivent être documentées de la manière la plus précise possible ; ainsi y a-t-il lieu d'interroger l'assuré sur son état antérieur (par exemple à l'aide du questionnaire préparé par l'Association suisse d'assurance lors de la première consultation médicale après un traumatisme d'accélération crânio-cervical). Les déclarations de l'assuré sur les circonstances de l'accident et sur les douleurs doivent cependant être examinées de manière critique à l'aune d'exigences élevées et des autres données relatives au déroulement de l'accident (rapport de police, etc.) et de ses suites. Si le diagnostic de traumatisme cervical n'est qu'une suspicion, le médecin doit l'indiquer. Même si le médecin estime qu'il s'agit bien de lésions à la suite d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, il faut encore se fonder sur les circonstances de l'accident et sur l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance pour allouer les premières prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement (consid. 9). Dans un grand nombre de cas concernant ce type d'accident, on constate une amélioration sensible après peu de

temps. Par contre, lorsque les douleurs sont durables et se chronicisent, se pose la question du droit à une rente. Dans cette hypothèse, il y a lieu de mettre en œuvre une expertise médicale multidisciplinaire. Il en va de même si un tel processus apparaît déjà peu de temps après l'accident (consid. 9.3). Précisément, une telle mesure d'instruction doit être ordonnée si les douleurs persistent six mois après le traumatisme et confiée à des spécialistes et comporter des examens neurologique, orthopédique, psychiatrique et, cas échéant, neuropsychologique. Pour certaines questions, elle devra être complétée par un examen otoneurologique, ophtalmologique ou autre. L'expert devra prendre en compte les documents recueillis relatifs aux circonstances de l'accident, les premières constatations médicales et le développement jusqu'au jour de l'expertise. Seules seront considérées les déclarations convaincantes et les plaintes crédibles de l'assuré. Par ailleurs, l'expert posera un diagnostic différentiel entre les troubles de nature somatique et ceux de nature psychique, étant précisé que le seul fait qu'il y ait des circonstances sociales ou socioculturelles ne suffit pas à nier la relation de causalité (consid. 9.5).

c) En ce qui concerne la causalité adéquate, elle est donnée si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 181 consid. 3.2, 405 consid. 2.2, 125 V 461 consid. 5a et les références). Par la causalité adéquate, il s'agit de déterminer si un dommage peut encore être équitablement mis à la charge d'un tiers (en l'occurrence, l'assurance-accidents), eu égard au but de la norme de responsabilité applicable. Cette question est d'ordre juridique et il appartient au juge d'y répondre en se fondant sur des critères normatifs (cf. ATF 123 III 110 consid. 3a, 123 V 98 consid. 3, 122 V 415 consid. 2c).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 383 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne

cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV n° 8 p. 27, consid. 2 ss, U 277/04, et les références; ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007).

Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles du développement psychique (ATF 123 V 99 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 470 p. 531 consid. 4a). Ceci vaut lorsque le problème psychique apparaît prédominant directement après l'accident ou encore lorsqu'on peut retenir que durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation, les troubles physiques n'ont joué qu'un rôle de moindre importance. En ce qui concerne les troubles psychiques apparaissant dans de tels cas, il ne doit pas s'agir de simples symptômes du traumatisme vécu, mais bien d'une atteinte à la santé (secondaire) indépendante, la délimitation entre ces deux situations devant être faite notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets qui ne sont pas liés à l'accident et du déroulement temporel (RAMA 2001 n° U 412 p. 79).

Dans l'arrêt récent précité du 19 février 2008, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer, une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10).

Afin de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles psychiques développés ensuite par la victime, la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement ;

les accidents insignifiants ou de peu de gravité (p. ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, un lien de causalité adéquate peut, en règle générale, être d'emblée nié, tandis qu'en principe, elle doit être admise en cas d'accident grave. Pour admettre l'existence du lien de causalité en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut dorénavant prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants (cf. arrêt du 19 février 2008 précité, consid. 10.2) :

- a. les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ;
- b. la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé), étant précisé que le seul diagnostic de distorsion cervicale ne suffit pas pour admettre la réalisation de ce critère. Il faut une gravité particulière du tableau clinique typique ou des circonstances particulières de nature à influencer la symptomatologie douloureuse, telles que la position particulière du corps lors de l'accident avec les complications qui s'en suivent ou d'autres lésions importantes déterminantes équivalentes à une distorsion cervicale ou à un traumatisme crânio-cérébral (consid. 10.2.2) ;
- c. l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée); la durée anormalement longue du traitement médical ne saurait plus être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais sur l'existence de traitements continus spécifiques et lourds (consid. 10.2.3) ;
- d. l'intensité des douleurs (formulation modifiée); les douleurs persistantes doivent être importantes, sans interruption et crédibles en regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;
- e. les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ;
- f. les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ;
- g. l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée). A ce propos, il y a lieu de considérer qu'en cas d'accident de gravité légère ou moyenne, le fait d'être écarté du monde du travail pendant une très longue durée ou de manière durable apparaît d'un point de vue médical comme plutôt inhabituel. Conformément au principe de l'obligation de réduire le dommage, il doit

être reconnaissable concrètement que l'assuré a entrepris tout ce qui était possible et exigible pour regagner aussi vite que faire ce peut le monde du travail. Ainsi, il doit tenter de reprendre son activité malgré les éventuels désagréments personnels et, le cas échéant, avec un accompagnement thérapeutique médical. Est dès lors déterminant non plus la durée de l'incapacité de travail, mais l'importance de l'incapacité de travail malgré les efforts consentis pour reprendre le travail.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie 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 du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa).

6. En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident (ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3). Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (cf. ATF non publié du 6 septembre 2004, U 149/04, consid. 2.3 ; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; MAURER, *Schweizerisches Unfallversicherungsrecht*, p. 469 nos 3 et 4; DEBRUNNER/RAMSEIER, *Die Begutachtung von Rückenschäden*, Berne 1990, p. 52; MEYER-BLASER, *Die Zusammenarbeit von Richter und Arzt in der Sozialversicherung*, Bulletin des médecins suisses 71/1990, p. 1093). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident.
7. Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque

l'intégrité physique ou mentale subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1).

Une atteinte à l'intégrité n'ouvre droit à une indemnisation que si elle est durable. Compte tenu du fait que selon la doctrine psychiatrique majoritaire, seuls des événements accidentels d'une gravité exceptionnelle entraînent des atteintes durables à l'intégrité psychique, il y a lieu, d'après la jurisprudence, de prendre en considération l'événement accidentel lui-même lorsqu'il s'agit d'examiner le caractère durable d'une affection psychique d'origine accidentelle. Le Tribunal fédéral se réfère sur ce point à la classification établie pour statuer sur le rapport de causalité adéquate entre un événement accidentel et des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 115 V 140 sv. consid. 6c, 409 sv. consid. 5c). Dans ce cadre, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, de même qu'en cas d'accident de gravité moyenne, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber (cf. ATF 124 V 44 consid. 5c).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 lesquelles 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) 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 permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

e) En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

f) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. En l'espèce, il est à constater que la décision de l'intimée du 14 juin 2005, objet de l'opposition du 15 juillet 2005 de la recourante, a mis un terme aux prestations en cours de l'intimé, "frais médicaux et indemnités journalières notamment" dès le 7 juin 2005, en considérant que l'affection persistante n'était plus en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident. Elle précise qu'"aucune prestation n'est versée par la compagnie à partir du 7 juin 2005".

L'objet de l'opposition du 15 juillet 2005 se rapportait ainsi à toute prestation pouvant être à la charge de l'intimée, soit celles en cours mais aussi à une éventuelle IPAI ou rente d'invalidité.

Interpellée par l'intimée le 21 décembre 2005, à la suite du complément d'expertise du CMD du 12 décembre 2005, la recourante, représentée par son avocat, a écrit le 1^{er} février 2006, qu'elle retirait son opposition et, dans le même temps, qu'elle requérait l'ouverture d'une instruction afférente à une IPAI. Faisant suite à ce courrier, l'intimée a informé la recourante le 20 mars 2006 que la décision du 14 juin 2005 était entrée en force et que le dommage permanent était à mettre uniquement sur le compte de la maladie. Elle a précisé à la recourante qu'il lui était loisible de requérir une décision formelle, ce que cette dernière a fait par courriers des 1^{er} mai 2006 et 27 avril 2007. S'en est suivie la décision du 2 mai 2007 puis celle sur opposition du 19 septembre 2007, objet du présent litige.

Le Tribunal de céans constate que le courrier de la recourante déclarant retirer son opposition du 15 juillet 2005 n'était pas clair dès lors que, dans le même temps, cette dernière requérait l'ouverture d'une instruction relative au droit à une IPAI.

Dans ces conditions, et pour respecter l'interdiction du formalisme excessif, il incombait à l'intimée d'éclaircir la portée du retrait de l'opposition, en fixant pour ce

faire un délai à la recourante afin qu'elle précise les termes de son retrait. En l'absence d'une telle démarche, l'intimée se devait de considérer que l'opposition n'avait, malgré les termes du courrier du 1^{er} février 2006, pas été entièrement retirée puisque la recourante estimait avoir encore droit à une IPAI, objet de la décision attaquée, laquelle, comme il a été vu ci-dessus, se rapportait à toutes les prestations dues en vertu de la LAA.

L'audition de la recourante et de son avocat le 21 janvier 2008 a en outre permis de confirmer que ceux-ci n'entendaient accepter la décision du 14 juin 2005 qu'en tant qu'elle se rapportait au versement des indemnités journalières. Dans ces conditions, l'intimée aurait dû traiter l'opposition de la recourante dans la mesure où elle avait encore gardé un objet, soit en tous les cas sur la question d'une éventuelle IPAI, voire d'une rente d'invalidité.

Le Tribunal de céans constate cependant que, d'un point de vue formel, tel a finalement été le cas en ce qui concerne la demande d'une IPAI, puisque l'intimée a rendu une décision de refus d'IPAI le 2 mai 2007 suivie d'une décision sur opposition le 19 juillet 2007.

La décision du 2 mai 2007 constate à tort que celle du 14 juin 2005 est entrée en force. Elle se prononce néanmoins sur le fond du litige, tout comme la décision sur opposition dès lors qu'elles font toutes deux valoir la force probante de l'expertise du CMD du 12 décembre 2005 fixant le statu quo sine au 7 juin 2005. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu de conclure à l'existence d'un défaut de motivation de la décision. En toute hypothèse, la violation du droit d'être entendu qui pourrait en découler aurait été réparée par l'argumentation développée par l'intimée dans le cadre de la présente procédure, de sorte que la cause n'a pas à être renvoyée à cette dernière pour motiver sa décision sur opposition (cf. ATF du 19 mars 2007, I 904/06 et du 8 janvier 2008, I 81/07).

10. Concernant le fond du litige, il est avéré que la recourante a subi une entorse vertébrale suite à un traumatisme, soit l'accident du 6 juin 2003, ce qui n'est pas contesté par l'intimée.

S'agissant de l'expertise du CMD du 12 décembre 2005, le Tribunal de céans constate qu'elle n'est pas convaincante. En effet, elle conclut à l'existence du statu quo sine au 8 juin 2005 tout en mentionnant qu'il n'est pas aisé de comprendre pourquoi il n'y a plus de relation de causalité naturelle entre le trouble et l'accident; elle fait référence à un état antérieur (undiscarthrose à deux étages) en relevant qu'il était cependant totalement asymptotique avant l'accident et qu'il aurait pu le rester sans l'accident et elle fixe le statu quo sine en fonction d'un délai uniquement théorique de deux ans - correspondant au double du délai qu'elle considère comme généralement admis en présence de colonne cervicale vierge de toute lésion - en le motivant par la violence du traumatisme et la cervicarthrose asymptotique.

Par ailleurs, il convient de relever que tant l'expertise du Dr O_____ du 2 septembre 2004 que celle du CMD du 2 février 2005 avaient conclu très clairement à l'existence d'une causalité naturelle vraisemblable entre les troubles de la recourante et l'accident et cela nonobstant l'état antérieur, lequel ne s'était d'ailleurs pas aggravé suite à l'accident. L'expertise du CMD du 2 février 2005 remarquait en outre que la violence de l'impact pouvait parfaitement justifier les plaintes.

En outre, les conclusions de l'expertise du CMD du 12 décembre 2005 sont valablement mises en doute par l'avis médical de la Dresse N_____ du 11 avril 2006, laquelle a estimé que le statu quo sine n'était pas atteint. Elle a en particulier expliqué de façon convaincante que la limitation constatée à l'examen clinique ne pouvait être due à l'arthrose, soit à l'affection préexistante.

Enfin, bien que l'assurance-invalidité ne se prononce pas sur la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles de la recourante, l'OCAI a admis dans un premier temps une incapacité de travail de 80 % dans l'activité habituelle, ramenée ensuite à 50 % le 11 janvier 2007 sur la base du diagnostic de cervicalgies chroniques persistantes notamment dans le cadre du status après entorse cervicale accidentelle.

11. Au vu de ce qui précède et de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral précitée, il convient de constater que l'instruction menée par l'intimée est insuffisante et ne permet pas, en l'état, de se prononcer sur le lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par la recourante et l'accident de telle manière qu'une nouvelle expertise multidisciplinaire est en l'espèce nécessaire, étant remarqué que le lien de causalité adéquate entre les troubles et l'accident n'apparaît pas, au vu des critères récemment précisés par le Tribunal fédéral, d'emblée exclut (cf. à cet égard ATF du 6 mai 2008, 8C 339/2007).
12. En conséquence, le recours sera partiellement admis, la décision litigieuse annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision au sens des considérants.

Une indemnité de 1'000 fr. sera allouée à la recourante à charge de l'intimée.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 19 septembre 2007.
4. Renvoie la cause à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants.
5. Condamne l'intimée à payer à la recourante une indemnité de 1'000 fr.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral du 17 juin 2005 (LTF); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Nancy BISIN

La Présidente

Valérie MONTANI

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