

## VD\_FINDINFO AA 113/08 - 119/2010 vom 2. September 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-09-02, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_113\\_08\\_-\\_119\\_2010](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_113_08_-_119_2010)

FR: VD\_FINDINFO AA 113/08 - 119/2010 du 2 septembre 2010

IT: VD\_FINDINFO AA 113/08 - 119/2010 del 2 settembre 2010

### Regeste

CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ACCIDENT, TRAUMATISME CERVICAL | 16 al. 2 LAA, 18 al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

### Erwägungen

#### E. 2

septembre 2010 \_\_\_\_\_ Présidence de M. Jomini Juges :  
Mme Röthenbacher et M. Gerber, juge suppléant Greffier : Mme Vuagniaux \*\*\*\*\*  
Cause pendante entre : Z. \_\_\_\_\_, à Pully, recourante, représentée par Me Daniel  
Richter, avocat à Zurich, et Helsana Accidents SA, à Lausanne, intimée. \_\_\_\_\_  
Art.

#### E. 6

a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 251 consid. 3a et les références; RAMA 2000, KV 124 p. 214). b) Si la valeur probante de l'expertise de la clinique W. \_\_\_\_\_ est incontestée par les parties et incontestable, la recourante soutient qu'il convient de dénier la valeur probante à l'expertise faite par le Dr D. \_\_\_\_\_ en date du 29 décembre 2002 sur la base des examens des 9 et 23 août 2002. Elle invoque d'abord le fait que cette expertise aurait été ordonnée en violation de l'art. 44 LPGA sans communication préalable du nom de l'expert et des questions posées. Or, indépendamment du fait que l'art. 44 LPGA est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, soit après la réalisation de l'expertise, le nom de l'expert avait été communiqué à la recourante le 24 juin 2002. Quant aux questions posées à l'expert, ni le droit antérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA ni l'art. 44 LPGA et la jurisprudence y relative ne garantissent un droit à pouvoir se prononcer préalablement sur les questions posées à l'expert (ATF 133 V 446). Il suffit que la partie puisse se prononcer sur l'expertise et déposer des demandes d'instruction complémentaire, ce que la recourante a pu faire en l'espèce par courrier du 24

janvier 2003. La recourante soutient par ailleurs que le Dr D. \_\_\_\_\_ a outrepassé ses compétences de neurologue en se prononçant sur la dynamique de l'accident. Si l'analyse faite par le Dr D. \_\_\_\_\_ du déroulement de l'accident sur la seule base de l'expérience générale concernant la vitesse dans les ronds-points ne saurait être considérée comme suffisamment motivée pour avoir force probante, il n'en demeure pas moins qu'elle est corroborée par l'analyse du déroulement de l'accident de N. \_\_\_\_\_ Assurances datant du 2 avril 2003. Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher cette question, car, comme nous le verrons, la question de savoir si la recourante a subi une distorsion du rachis cervical lors de l'accident du 30 mai 2000 peut être laissée ouverte.

#### **E. 7**

La recourante soutient en premier lieu que la décision attaquée applique à tort la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral. A son avis, il ressort de l'expertise interdisciplinaire de la clinique W. \_\_\_\_\_ qu'elle souffre de symptômes majoritairement de nature psychosomatique mais objectivement constatés. En substance, la recourante conteste que les atteintes à la santé remplissent la condition de l'absence de preuve de déficit organique consécutive à l'accident. Elle semble ainsi faire valoir que le rapport de causalité devrait être examiné conformément à la seule causalité naturelle. a) On peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C\_537/2009 du 3 mars 2010, consid. 5.3, 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009, consid. 2 avec référence). b) L'expertise interdisciplinaire de la clinique W. \_\_\_\_\_ a relevé que les examens neurologiques et radiologiques ne mettaient en évidence aucune lésion traumatique ni résidus post-traumatiques. Quant au déséquilibre musculaire dans la région du cou et de l'épaule qui était objectivement constaté, cette expertise relève qu'un lien de causalité avec l'accident assuré ne peut pas être établi au niveau somatique (rhumatologique), d'autant qu'une telle symptomatologie se retrouve chez de nombreuses personnes sans cause accidentelle connue. De même, le syndrome tendomyotique n'est pas avec une vraisemblance prépondérante une conséquence de l'accident assuré, car les tendopathies peuvent avoir différentes causes et sont en principe considérées comme de nature dégénérative (TF 8C\_217/2008 du 20 mars 2009, consid. 6.2 avec référence, 8C\_802/2008 du 8 juillet 2009, consid. 4.1 avec références). Les atteintes organiques constatées objectivement ne peuvent donc pas être considérées avec une vraisemblance prépondérante comme des conséquences objectivement avérées de l'accident assuré. L'avis contraire du Dr S. \_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, ne suffit pas pour mettre en question cette conclusion, car il repose essentiellement sur un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » qui n'est pas admis comme décisif. Quant à la fibromyalgie dont l'expertise interdisciplinaire de la clinique de réadaptation W. \_\_\_\_\_ diagnostique une tendance chez la recourante, il ne s'agit pas d'une atteinte organique objectivement avérée (TF 8C\_217/2008 du 20 mars 2009, consid. 7.1; 8C\_649/2007 du 22 février 2008, consid. 4.3; cf. aussi ATF 132 V 65). Il en découle que c'est à juste titre que l'autorité intimée a analysé le rapport de causalité adéquate selon les règles applicables en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique.

#### **E. 8**

La recourante soutient par ailleurs que le cas a été clos trop tôt et la causalité adéquate examinée de manière prématurée, car l'expertise de la clinique W. \_\_\_\_\_ a constaté que des traitements psychothérapeutiques et physiothérapeutiques étaient susceptibles d'améliorer la capacité de travail de l'assurée. Selon l'autorité intimée, l'état final était atteint déjà en décembre 2002. On peut attendre de l'assurée qu'elle entreprenne de sa propre initiative et de manière autonome les démarches d'entraînement nécessaires en vue du reconditionnement, de sorte que l'état de déconditionnement ne fait pas obstacle à l'atteinte de l'état médical final. L'autorité intimée relève par ailleurs que les mesures proposées par les experts de la clinique W. \_\_\_\_\_ avaient déjà été mises en oeuvre sans succès durable lors du séjour à la clinique C. \_\_\_\_\_. a) Selon la jurisprudence, la causalité adéquate ne doit être examinée qu'à la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, donc lorsqu'une amélioration sensible de la santé de l'assurée avec effet sur sa capacité de travail ne peut plus être escomptée (ATF 134 V 109 consid. 4, en particulier 4.3). b) Dans la mesure où la prise en charge des prestations d'assurance jusqu'au 31 décembre 2005 n'est pas controversée, il n'y a pas lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante était déjà stabilisé en 2002. c) L'expertise de la clinique W. \_\_\_\_\_ a estimé qu'une thérapie médicale d'entraînement (« Trainingstherapie ») qui se déroulerait pendant un à trois mois sous surveillance d'un physiothérapeute, ainsi qu'un apprentissage de stratégies de « coping » au travers d'un soutien psychothérapeutique permettrait à la recourante d'augmenter progressivement son taux d'activité à 100 % après une année et demie. Ces mesures visent à lutter contre le déconditionnement dans lequel la recourante se trouve. Malgré le fait que les plaintes, la manière de penser et de se comporter de l'assurée doivent être qualifiés de fortement chronifiés, il « semblait » aux experts qu'un changement de direction était encore possible en raison des nombreuses ressources de l'assurée. d) Lors du séjour à la clinique C. \_\_\_\_\_ du 21 septembre au 28 octobre 2005, la recourante a suivi des traitements physiothérapeutiques qui consistaient principalement en une thérapie cranio-sacrée et des techniques des tissus mous. La recourante y a appris aussi des exercices de relaxation musculaire progressive. Lors des entretiens avec le psychologue, elle a pu selon le rapport de sortie développer des stratégies de gestion des douleurs. Lors de l'ergothérapie, la recourante a entraîné l'augmentation de la charge au travers de situations relevant du quotidien ainsi qu'en partie avec des activités de loisirs. A la sortie, la clinique C. \_\_\_\_\_ avait donné à l'assurée un programme physiothérapeutique à suivre à la maison avec une ordonnance pour la poursuite du traitement de physiothérapie. Selon le rapport de sortie, l'assurée avait déclaré se sentir mieux, mais objectivement la mobilité de la colonne vertébrale restait inchangée. Le rapport de sortie recommandait la poursuite d'un accompagnement psychothérapeutique. e) Comme le relève l'autorité intimée, les mesures proposées par les experts de la clinique W. \_\_\_\_\_ s'apparentent à celles déjà menées dans le cadre du séjour à la clinique C. \_\_\_\_\_. Or, lors de l'expertise à la clinique W. \_\_\_\_\_ en décembre 2006, la recourante déclara s'être simplement sentie mieux après le séjour à la clinique C. \_\_\_\_\_, ayant moins de douleurs au niveau du cou et de la tête. L'assurée faisait toutefois valoir une stagnation des douleurs. Durant l'année après le séjour à la clinique, la capacité de travail qui avait été réduite à 50 % après le séjour à la clinique C. \_\_\_\_\_ n'avait pu être augmentée que de 10 %. Elle n'avait ainsi même pas retrouvé la capacité de travail qu'elle avait précédemment. De plus, lors de la décision attaquée, soit plus d'une année et demie après l'examen fait par la clinique W. \_\_\_\_\_, cette capacité de travail était, selon le recours, inchangée à 60 %. Cela étant, il apparaît que l'estimation faite par les experts de la clinique C. \_\_\_\_\_, selon laquelle un traitement physiothérapeutique

et la reprise de l'apprentissage psychothérapeutique de stratégies de gestion de la douleur permettraient une amélioration de la capacité de travail jusqu'à retrouver une pleine capacité de travail était extrêmement optimiste. Dans un courrier du 2 juillet 2008 adressé à l'intimée, le conseil de la recourante relevait d'ailleurs que depuis l'expertise, l'état de santé de la recourante ne s'était pas amélioré au point que sa capacité de travail puisse être augmentée. Dans la mesure où l'essentiel des effets escomptés par les experts de la clinique W.\_\_\_\_\_ reposaient en fait sur le travail propre de l'assurée, l'autorité intimée pouvait valablement, lors de la décision attaquée, clore le cas en estimant improbable une amélioration sensible de la capacité de travail qui était restée inchangée depuis le 6 mars 2006. Il en découle que la causalité adéquate n'a pas été examinée de manière prématurée.

### **E. 9**

L'existence d'une distorsion du rachis cervical lors de l'accident assuré a été niée par le Dr D.\_\_\_\_\_ en 2002 sur la base de l'expérience générale relative aux vitesses sur un rond-point. Elle a en revanche été affirmée non seulement par le rapport médical du 1<sup>er</sup> juin 2000 de l'hôpital M.\_\_\_\_\_, mais par les médecins traitant de l'assurée (Dr F.\_\_\_\_\_, Dr S.\_\_\_\_\_, Drs G.\_\_\_\_\_ et J.\_\_\_\_\_ de la clinique C.\_\_\_\_\_). Selon l'expertise de la clinique W.\_\_\_\_\_, il est vraisemblable que la recourante a subi une distorsion du rachis cervical. Il est à relever que la jurisprudence a refusé d'admettre l'existence d'un différentiel minimal de vitesse pour nier un rapport de causalité entre un accident et un « coup du lapin », relevant que les avis sont très partagés sur le seuil minimum à retenir (ATF 134 V 109 consid. 8 p. 120 ss); le même raisonnement devrait s'appliquer à une distorsion du rachis cervical. Point n'est toutefois besoin de trancher cette question, car cela ne changerait pas l'issue du litige : que l'on admette que la recourante a subi le 30 mai 2000 une distorsion du rachis cervical ou qu'on le nie, l'analyse du rapport de causalité adéquate aboutit au même résultat.

### **E. 10**

Dans un premier temps, il faut procéder à la classification de l'accident sous l'angle de sa gravité. A cet effet, 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U\_214/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3). D'après la décision attaquée, il s'agit d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, l'analyse de la mécanique de l'accident établie par N.\_\_\_\_\_ Assurances retient un delta-v de 7 km/h. Selon la jurisprudence, une collision avec une différence de vitesse de moins de 10 à 15 km/h est rattachée en règle générale aux accidents moyennement graves, à la limite des accidents de peu de gravité (TF 8C\_644/2009 du 17 mars 2010, consid. 5.3 avec d'autres références). Les circonstances du cas d'espèce ne conduisent pas à une classification différente. La recourante ne le soutient d'ailleurs pas.

### **E. 10.3**

a) La décision attaquée admet que tout au plus deux critères sont remplis (douleurs importantes, incapacité de travail de longue durée), mais déclare que cela est insuffisant pour démontrer la causalité adéquate. La recourante soutient en revanche que trois autres critères sont remplis en l'espèce : erreur médicale, processus de guérison difficile, gravité ou spécificité de la blessure. Les deux parties admettent ainsi à juste titre que les deux

critères restant (circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou caractère particulièrement impressionnant de l'accident, administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible) ne sont manifestement pas remplis. b) Selon la jurisprudence, le critère de l'erreur médicale requiert qu'un traitement erroné ait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 10.2.5). L'expertise de la clinique W. \_\_\_\_\_ a relevé que la recourante n'avait pas reçu un traitement actif de son syndrome cervico-vertébral, mais avait suivi essentiellement un traitement passif et alternatif qui ne lui avait pas permis d'apprendre à gérer la douleur. De l'avis des experts, il s'agit d'un management médical qui n'était pas optimal : la patiente aurait dû être amenée à développer des stratégies de « coping » pour la gestion de la douleur. Contrairement à ce que soutient la recourante, un « management médical pas optimal » n'équivaut pas à une erreur médicale. Le critère n'est donc pas rempli. c) Selon la jurisprudence, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ne doivent pas être réalisées cumulativement. La simple durée du traitement médical et des douleurs ne suffit pas. Il faut des facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U\_56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.6 avec références). Les atteintes psychiques qui font partie du tableau clinique typique d'un traumatisme tel qu'une distorsion du rachis cervical (en particulier le trouble chronique post-traumatique de l'adaptation de type anxio-dépressif diagnostiqué par la clinique W. \_\_\_\_\_) ne constituent pas des difficultés apparues en cours de guérison (TF 8C\_491/2007 du 28 décembre 2007, consid. 4.2.5 avec références). Quant à la fibromyalgie éventuelle de la recourante, elle ne constituerait pas non plus une telle difficulté, car sa présence exclurait l'application des critères de l'ATF 134 V 109. Le fait que le médecin traitant de la recourante, le Dr L. \_\_\_\_\_, ait déclaré dans son rapport du 1<sup>er</sup> mars 2002 que le processus de guérison était repoussé (« protrahierter Heilungsverlauf ») ne suffit pas. De même, le fait qu'une amélioration de l'état de santé n'ait pas été obtenue malgré les différentes thérapies appliquées ne suffit pas non plus pour admettre l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison (TF 8C\_542/2008 du 20 novembre 2008, consid. 5.7). A la rigueur pourrait-on admettre que l'incapacité de la recourante à gérer et à surmonter ses douleurs, ce qui selon l'expertise de la clinique W. \_\_\_\_\_ a contribué décisivement à la chronicisation des symptômes, pourrait être reconnue comme un facteur particulier qui a fait obstacle au processus de guérison et a entraîné des difficultés. Même si le critère des difficultés apparues au cours de la guérison est ainsi à la rigueur rempli, mais il ne l'est pas de manière particulièrement manifeste ni prononcée. d) Une distorsion du rachis cervical ne constitue pas en soi une lésion d'une gravité ou d'une nature particulière (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2). Contrairement à ce que soutient la recourante, une telle distorsion causée par un choc latéral ne suffit pas non plus à elle seule non plus pour remplir le critère (TF 8C\_52/2008 du 5 septembre 2008, consid. 8.2; 8C\_590/2008 du 3 décembre 2008, consid. 5.2). La jurisprudence a admis que ce critère était rempli dans un cas où la colonne vertébrale était déjà fortement endommagée avant la distorsion (TF 8C\_999/2008 du 30 juillet 2009, consid. 5.2.2; 8C\_542/2008 du 20 novembre 2008, consid. 5.3). Tel n'est pas le cas en espèce. Le critère n'est donc pas rempli. e) Selon la jurisprudence, le critère des douleurs importantes requiert non seulement que l'assurée ait subi des douleurs qui, de manière plausible, la gênent considérablement dans la vie quotidienne mais aussi que ces douleurs aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'espèce, la recourante avait repris son activité lucrative à un taux de 80 % dès décembre 2000, puis de 90 % dès août 2001, avant de redescendre à 80 % en 2003 puis à 50 et 60 % à la fin 2005.

Selon le rapport du Dr F. \_\_\_\_\_ du 15 mars 2001, la recourante souffrait de douleurs au cou et à la tête; il suffisait d'un faux mouvement, voire même d'une rotation de la tête, pour provoquer des douleurs intenses. Selon le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 29 décembre 2002, la recourante était physiquement épuisée après le moindre effort et avait des douleurs lancinantes occipitales. Selon le rapport de son médecin traitant le Dr S. \_\_\_\_\_, daté du 9 juillet 2003, les douleurs conjointes aux difficultés de concentration ont réduit la capacité de travail de la recourante et ses activités de loisirs au point qu'elle ne peut plus faire de vélo ou de la voile. Selon l'expertise de la clinique W. \_\_\_\_\_, la recourante ne peut plus travailler à plus de 60 % et ne peut presque rien faire dans le ménage ni avoir d'activités sportives sous peine d'exacerber les douleurs. Si la plausibilité des douleurs ressenties par la recourante n'est pas contestée, il n'est pas sûr que pendant la période entre août 2001 et 2003 où la recourante a travaillé à temps presque complet les douleurs puissent être considérées comme ayant été une gêne considérable dans la vie quotidienne; une limitation des activités de loisirs n'est pas suffisante à cet égard. A tout le moins, ce critère n'a pas été rempli de manière particulièrement prononcée pendant cette période. f) S'agissant du critère de l'importance de l'incapacité de travail, il est douteux qu'une incapacité de travail de 20 % ou moins entre décembre 2000 et septembre 2005 puisse être qualifiée d'importante. A tout le moins, ce critère n'a pas été rempli de manière particulièrement prononcée. g) En conclusion, tout au plus trois des critères sont remplis, sans qu'aucun d'entre eux ne le soit de manière particulièrement intense. Or, 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 puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., ch. 39 et les références). Trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisent pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C\_321/2010 du 29 juin 2010, 8C\_89712009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 et 8C\_421/2009 du 2 octobre 2009, consid. 5.8, avec références).

## **E. 11**

Si l'on nie l'existence d'une distorsion du rachis cervical, le rapport de causalité adéquate pour les symptômes postérieurs au 31 décembre 2005 devrait être analysé selon les règles applicables aux troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403). En effet, selon l'expertise de la clinique W. \_\_\_\_\_, les atteintes à la santé de la recourante sont la conséquence de la manière dont la recourante a ressenti l'accident assuré comme une césure dans sa vie. a) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 ss, 403 consid. c p. 408). Ces critères sont appliqués en distinguant entre atteintes d'origine

psychique et atteintes organiques. b) En l'espèce, la recourante n'a, comme on l'a vu plus haut, pas subi de lésion physique ayant un substrat organique objectivable (consid. 7b). Il en découle que les critères requérant une lésion physique ne peuvent pas être remplis. Comme la recourante ne prétend pas, à juste titre, que l'accident du 30 mai 2000 avait un caractère particulièrement impressionnant ou des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, aucun des critères fixés par la jurisprudence n'est rempli.

#### **E. 12**

Si l'on admet l'existence d'une distorsion du rachis cervical, il faudrait examiner si les troubles psychiques en cause constituent de simples symptômes du traumatisme vécu ou si, au contraire, ils expriment une atteinte à la santé (secondaire) indépendante. La délimitation entre ces deux cas de figure s'effectue notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets étrangers à l'accident et du déroulement temporel (TFA U\_106/03 du 25 janvier 2005, consid. 5.3; RAMA 2001 n° U 412 p. 79). a) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b [U 273/99]) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 ss.; TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 3.2, et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008, consid. 3.1). b) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante : • les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; • la gravité ou la nature particulière des lésions; • l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; • l'intensité des douleurs; • les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; • les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; • l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 ss consid. 3b).

#### **E. 13**

En l'espèce, la recourante a fait valoir plusieurs symptômes qui appartiennent au tableau clinique typique des séquelles qu'un traumatisme analogue au « coup du lapin », tel que le choc latéral subi, est susceptible d'avoir causé (TFA U\_361/05 du 16 août 2006, consid. 3.1) : douleurs cervicales, nausées, fatigabilité, troubles de la mémoire et de la concentration. Selon l'expertise de la clinique W.\_\_\_\_\_, les plaintes de l'assurée sont, avec une vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'accident du 30 mai 2000, car elles sont dues à la manière dont l'accident a été ressenti par l'assurée, à savoir comme une sorte de « césure » dans sa vie après laquelle elle n'a plus pu s'intégrer professionnellement et a dû se confronter en partie aussi avec davantage de difficultés psychosociales. S'agissant toutefois de la fibromyalgie, la jurisprudence ne la considère pas comme un symptôme qui appartient au tableau clinique typique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin » ou d'un traumatisme analogue. Elle la qualifie d'atteinte à la santé secondaire indépendante, de sorte que la causalité adéquate doit dans un tel cas être analysée en principe selon les critères de l'ATF 115 V 133 pour les accidents avec des séquelles psychiques (TF 8C\_217/2008 du 20 mars 2009, consid. 7.1 avec références). En l'espèce, l'expertise de la clinique W.\_\_\_\_\_ a diagnostiqué chez la recourante des indices forts d'une tendance au syndrome de fibromyalgie. Ce diagnostic fait sept ans après l'accident n'est toutefois pas suffisamment tranché pour admettre que les symptômes qui appartiennent au tableau clinique typique des séquelles d'une distorsion du rachis cervical ont été relégués au second plan peu après l'accident ou qu'ils n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate. Il en va de même pour les autres atteintes psychiques diagnostiquées par cette même expertise (trouble de l'adaptation chronique post-traumatique de type anxio-dépressif et réduction de l'aptitude psychophysique à la charge). Par voie de conséquence, l'existence d'une causalité adéquate doit être examinée en application des critères fixés par l'arrêt ATF 134 V 109 consid.

#### **E. 14**

En conséquence de ce qui précède, il n'y a pas de rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé de la recourante après la fin des prestations au 31 décembre 2005. C'est à juste titre que la décision attaquée a mis un terme à l'octroi des prestations légales. Dans la mesure où la prise en charge des prestations légales avant le 31 décembre 2005 n'est pas litigieuse, il n'est pas nécessaire de statuer si le rapport de causalité était déjà rompu avant cette date. Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPG) ni allocation de dépens.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.