

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1616/2005

ATAS/509/2006

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 4

du 24 mai 2006

En la cause

Madame F _____, domiciliée Meyrin, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Lucio AMORUSO

recourante

contre

ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, Mythenquai 2, 8002
ZURICH

intimée

Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Isabelle DUBOIS et Doris WANGELER, Juges

EN FAIT

1. Madame F _____, née le 1971, travaille pour la Fondation des services d'aide et de soins à domicile (FSASD) comme responsable de la planification du travail des collaborateurs. Elle est assurée à ce titre auprès de la Zurich Assurances (ci-après l'assureur-accidents) contre les accidents professionnels et non professionnels.
2. Le 9 avril 2002, l'assurée transportait dans sa voiture une voisine, qui s'est sentie subitement mal. La conductrice a alors stoppé soudainement son véhicule devant un arrêt de bus. La voiture qui suivait n'a pas pu s'arrêter à temps et a heurté le premier véhicule, projetant la passagère de l'assurée contre le montant de la portière. Une troisième voiture a ensuite heurté plus violemment le second véhicule qui a été déplacé en avant.

L'assurée a été examinée à "établissement hospitalier" où des radiographies ont été pratiquées puis a regagné son domicile.

3. Le lendemain, la Dresse A _____, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué chez cette dernière une contracture cervicale et un choc psychologique et post-traumatique. Dans son rapport complémentaire du 24 juin 2002 à l'intention de l'assureur, la doctoresse relève chez sa patiente des vertiges, des nausées et vomissements dans les vingt-quatre heures qui ont suivi l'accident, ainsi que des céphalées occipitales, des cervicalgies, une irradiation dans l'épaule et le bras et une diminution de la mobilité cervicale par contractures.
4. L'assurée a été en arrêt de travail à 100% dès le 10 avril jusqu'au 20 mai 2002, puis pour d'autres périodes ultérieures (voir ci-après).
5. L'employeur de l'assurée a fait parvenir à l'assureur-accidents une déclaration d'accidents datée du 11 avril 2002, lequel a pris en charge le cas.
6. Selon un expert, membre de l'association suisse des experts automobiles indépendants, mandaté par le conseil de l'assurée, du 23 août 2004, le premier choc doit être considéré comme négligeable, dans la mesure où la seconde voiture était en fin de course quant elle a percuté celle de l'assurée. Pour le second choc, l'expert retient une vitesse initiale du troisième véhicule de 72,1 à 74,1 km/h et une vitesse d'impact avec le second véhicule de 42,7 à 48,3 km/h. Il en a résulté pour la voiture de l'assurée une différence de vitesse comprise entre 12,47 et 13,54 km/h.

L'assureur quant à lui retient une différence de vitesse des voitures au moment de la collision située entre 7,5 et 11 km/h, résultat qui ne peut tenir compte, pour des raisons techniques, des deux chocs successifs, selon une expertise qui n'est toutefois pas produite parmi les pièces utiles de la présente procédure.

7. Le 26 mars 2003, le Dr B _____, neurologue, a examiné l'assurée à la demande du médecin-conseil de l'assureur. Il n'a constaté qu'une contracture de la musculature paravertébrale cervicale du côté droit ainsi qu'une limitation de la flexion antérieure de la nuque. L'électroneuromyographie du membre supérieur droit était dans les limites de la norme, en particulier sans signe d'atteinte du système nerveux périphérique. Compte tenu d'importants troubles de la statique cervicale sous la forme d'un aspect sigmoïde du profil, la patiente présentait encore des séquelles au niveau cervical de la contusion survenue presque une année plus tôt, ce qui n'est pas, selon le neurologue, exceptionnel. Il a conseillé la poursuite du traitement conservateur associant la prise occasionnelle d'anti-inflammatoires ainsi que de la physiothérapie.
8. Le 12 juin 2003, le Dr C _____, radiologue, n'a pas constaté de lésion dégénérative majeure. La lordose était harmonieuse, l'alignement vertébral bien conservé, pas de tassement ni d'anomalie des parties molles.
9. Le scanner effectué le 29 janvier 2004, au service de radiologie de "établissement hospitalier" à Genève, a confirmé une structure osseuse des vertèbres cervicales parfaitement conservées, sans aucune évidence d'une séquelle de traumatisme osseux, sans signe de luxation. Les disques intervertébraux depuis C3 jusqu'à D1 présentaient une taille et une configuration normales, sans aucune saillie ni vers le canal rachidien ni vers les canaux radiculaires. Les symptômes unilatéraux droit ne pouvaient être expliqués, en l'absence de pathologie radiculaire ou lésion à l'intérieur des canaux radiculaires. Les tissus mous musculaires de la nuque étaient enfin symétriques et homogènes.
10. Le 23 février 2004, le Dr D _____, neurologue (ci-après "l'expert"), a établi à la demande de l'assureur un rapport d'expertise. Il ne relevait aucune particularité dans l'anamnèse familiale. Dans l'anamnèse personnelle, une spondylarthrite ankylosante était retenue, diagnostiquée depuis mars 1999, bien contrôlée par la prise d'anti-douleurs. Si l'anamnèse actuelle décrivait des douleurs vives à l'épaule droite et dans le bras, des céphalées irradiantes à droite et des sensations vertigineuses désagréables, l'expert ne constatait aucun signe neurologique déficitaire, les différents examens radiologiques excluant la présence de lésions traumatiques des structures ostéo-ligamentaires ou discales de la colonne cervicale. Il ne décelait aucune limitation de la mobilité de la colonne ou fibromyalgie segmentaire. Selon lui, la patiente n'était pas déprimée et sa collaboration était excellente. Il relevait que les douleurs et les sensations vertigineuses ressenties par la patiente étaient restées inchangées depuis l'accident. Il concluait à une entorse cervicale simple caractérisée par la présence de troubles subjectifs relativement typiques d'ordre somatique avec au premier plan un syndrome douloureux et des vertiges dus à une dysfonction du système vestibulaire. Il constatait que le syndrome douloureux était entretenu par la présence d'un comportement douloureux et non pas seulement par l'accident en question, tout en précisant que

les facteurs étrangers au traumatisme initial ne pouvaient pas porter atteinte à la santé de la patiente. S'il excluait que la spondylarthrite ankylosante ait influencé défavorablement l'évolution des séquelles subjectives de l'entorse cervicale simple, il expliquait que l'arrêt total de l'activité professionnelle et les thérapies avec doses excessives d'analgésiques n'avaient certainement pas influencé favorablement le syndrome douloureux. Après un traitement dans un centre spécialisé de trois semaines, proposition du médecin-traitant qu'il soutenait, il préconisait pour la patiente un traitement avec des tricycliques pour moduler le syndrome douloureux et une thérapie cognitive et comportementale, mais aussi l'arrêt du traitement par physiothérapie. Après la cure, la patiente pouvait, selon lui, reprendre son activité d'assistante administrative à 30%. Ce ne serait que douze mois après cette reprise que l'on pourrait répondre, selon lui, à la question de savoir si l'assurée souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité en lien avec l'accident.

11. Du 1^{er} au 12 mars 2004, l'assurée a été hospitalisée à "établissement hospitalier", dans le service de rhumatologie. Elle a bénéficié, outre de physiothérapie et de prises d'analgésiques, d'une balnéothérapie tous les jours ouvrables de son hospitalisation. L'IRM cervicale pratiquée à cette occasion ne décelait aucune anomalie. La Dresse E _____, en réponse aux questions de l'assureur-accidents sur cette hospitalisation, relevait qu'aucun facteur indépendant de l'accident, comme par exemple une maladie, n'avait à son avis influencé l'état de santé de l'assurée. Les Dresses F _____ et G _____ ont à leur tour confirmé que les douleurs de la patiente n'avaient pas pour origine la spondylarthrite ankylosante. De même, l'IRM cervicale précitée ne montrait pas d'évidence pour un processus inflammatoire. La patiente n'a pas souhaité, selon les médecins, prendre de petites doses d'antidépresseurs tricycliques, traitement proposé par les spécialistes consultants de la douleur dans cet établissement.
12. Il convient de préciser qu'hormis la spondylarthrite ankylosante précitée, l'assurée présente une hypoacousie gauche congénitale appareillée et qu'elle souffre d'une hernie hiatale.
13. Par lettre du 20 avril 2004, le médecin-traitant a contesté la prise de position de l'expert concernant l'arrêt de prise en charge des séances de physiothérapie, relevant que ce traitement soulageait pour quelques heures sa patiente et évitait très nettement la surconsommation de médicaments anti-vertigineux, anti-émétiques et antalgiques.
14. Par écritures du 30 août 2004, l'assurée a fait opposition à cette décision tant en ce qui concerne la cessation du versement des prestations que la cessation de la prise en charge des frais de physiothérapie, au motif que cet accident doit être considéré comme de gravité moyenne et la causalité adéquate admise.
15. Les périodes d'incapacité de travail de l'assurée sont les suivantes :

- 100% du 10 avril au 20 mai 2002,
- 50% du 21 mai au 30 juin 2002,
- 100% du 11 au 24 novembre 2002,
- 100% les 11 et 12 février 2003,
- 50% du 13 février au 30 mars 2003,
- 100% les 5 et 6 juin 2003,
- 50% du 23 juin au 27 juillet 2003,
- 50% du 16 septembre au 17 octobre 2003,
- 50% du 27 octobre au 20 décembre 2003,
- 50% du 12 au 21 janvier 2004,
- 100% du 22 janvier 2004 au 19 septembre 2004.

Si l'assurée a tenté de reprendre son activité à 30% dès le 20 septembre 2004, elle a dû y renoncer rapidement selon lettre du Dr. Jacques LEDERREY du 5 octobre 2004.

16. Parallèlement à la présente procédure, l'assurée a déposé le 4 mai 2004 une demande auprès de l'assurance-invalidité, qui a répondu négativement par décision du 20 octobre 2004. Suite à l'opposition faite par l'assurée le 19 novembre 2004, cette assurance a annulé sa précédente décision afin d'effectuer une instruction complémentaire.
17. Dans ce cadre, le Dr. H _____, chirurgien orthopédique, a procédé à une expertise le 7 janvier 2005. Il a constaté un lien de causalité direct entre l'affection actuelle de la patiente et l'accident du 9 avril 2002 et relevé chez la patiente des cervicalgies relativement importantes, une diminution globale de la mobilité avec des douleurs dans les mouvements d'inclinaison et de rotation, ainsi qu'une contracture paravertébrale et au niveau des muscles trapèzes. S'agissant du traitement suivi, celui-ci - consistant principalement en prise de Sildalud, Dafalgan, Voltarène - lui semblait adéquat. Il ne lui semblait pas utile d'effectuer de nouvelles investigations, vu l'absence de lésion traumatique objective, et il considérait l'état de la patiente comme consolidé. En ce qui concerne la capacité de travail de l'assurée, cet expert envisage une capacité de travail de 50% à condition que l'employeur aménage à l'assurée un horaire à la carte.
18. Par décision du 25 juin 2004, l'assureur-accidents, s'il a admis la causalité naturelle entre les troubles de santé de l'assurée et l'accident du 9 avril 2002, a nié la causalité

adéquate, considérant que seul le critère de la persistance de douleurs physiques pouvait être retenu en regard de cet accident, de gravité moyenne, critère à lui seul insuffisant pour établir une telle causalité en regard de la jurisprudence. Il a ainsi décidé de mettre un terme au versement de ses prestations au 30 juin 2004. Il a aussi refusé la prise en charge des séances de physiothérapie, précisant sur ce point l'absence d'effet suspensif.

19. Par décision sur opposition du 15 février 2005, l'assureur-accidents a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision. A l'appui de celle-ci, il a considéré que si la causalité naturelle était une question qui pouvait rester ouverte, il devait être répondu négativement à celle de la causalité adéquate. Seul le critère de persistance des douleurs pouvait être admis, ainsi que, partiellement, celui de la durée et du degré d'incapacité totale de travailler, ces deux critères étant toutefois insuffisants à eux seuls pour établir la causalité adéquate.
20. Par acte déposé le 13 mai 2005, l'assurée a interjeté recours contre cette décision sur opposition et conclut à son annulation, à la condamnation de l'assureur-accidents au versement d'indemnités journalières dès le 1^{er} juillet 2004, avec intérêts, à la prise en charge de l'intégralité des frais de traitement dès cette même date, à la réserve de l'amplification de ses conclusions, au déboutement de sa partie adverse de toutes ses conclusions et à la condamnation de cette dernière en tous les dépens, y compris une indemnité de procédure à titre de participation à ses frais d'avocat. A l'appui de ses conclusions, elle considère que l'accident revêtait des circonstances particulièrement dramatiques dans la mesure où elle avait la tête tournée vers sa passagère au moment du choc et non dans une position de conduite, que le traitement médical a eu une durée anormalement longue, que les douleurs physiques persistent, que des complications importantes existent dans la mesure où aucun traitement ou cure n'a été efficace, que l'incapacité de travail atteint bien un degré et une durée importants.
21. Par réponse du 7 juillet 2005, l'assureur-accidents confirme ses conclusions antérieures et soutient que le critère des circonstances particulièrement dramatiques ne saurait être admis, la position du corps lors du choc concernant le critère des lésions physiques. Sur ce deuxième point, il relève que la recourante n'a pas subi de lésions physiques graves au vu des radiographies à disposition. S'agissant de la durée anormalement longue du traitement, elle doit être niée au vu de la jurisprudence. Les complications importantes ne sauraient en outre être déduites du fait que les traitements et cure ont été inefficaces. Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travailler ne peuvent être que partiellement admis car la recourante a repris de temps à autre son activité professionnelle.
22. Par réplique du 31 août 2005, l'assurée confirme ses conclusions sans développer d'arguments supplémentaires.

23. Dans sa duplique du 28 septembre 2005, l'assureur-accidents confirme ses conclusions.
24. La cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. La loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ) a été modifiée et a institué, dès le 1^{er} août 2003, un Tribunal cantonal des assurances sociales, composé de 5 juges, dont un président et un vice-président, 5 suppléants et 16 juges assesseurs (art. 1 let. r et 56 T LOJ).

Suite à l'annulation de l'élection des 16 juges assesseurs, par le Tribunal fédéral le 27 janvier 2004 (ATF 130 I 106), le Grand Conseil genevois a adopté, le 13 février, une disposition transitoire urgente permettant au Tribunal cantonal des assurances sociales de siéger sans assesseurs à trois juges titulaires, ce, dans l'attente de l'élection de nouveaux juges assesseurs.

Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 5 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 1^{er} janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 130 consid. 1.1, 335 consid. 1.2, 129 V 4 consid. 1.2, 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, le présent recours concerne le droit à des prestations à partir d'avril 2002. Etant donné que les faits déterminants se sont réalisés à une date antérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, le présent cas reste régi, sur le plan matériel, par la législation en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002. Quant aux règles de procédure, elles sont applicables, sauf dispositions transitoires contraires, à tous les cas en cours dès l'entrée en vigueur de la LPGA (ATF 131 V 314 consid. 3.3, 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. Selon l'art. 56 al. 1^{er} LPGA, les décisions sur opposition sont sujettes à recours dans un délai de 30 jours (art. 60 al. 1^{er} LPGA) auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré (art. 58 al. 1^{er} LPGA). En matière d'assurance-accidents toutefois, en dérogation à l'art. 60 LPGA, le délai de recours est de trois mois pour les décisions sur opposition portant sur les prestations d'assurance (art. 106 LAA).

En outre, l'art. 89C de la loi cantonale genevoise sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA) prévoit la suspension des délais fixés aussi bien en mois qu'en jours, notamment du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement; cette réglementation cantonale est semblable à celle qui est prévue à l'art. 38 al. 4 LPGA, disposition toutefois inapplicable avant l'adaptation du droit cantonal au droit fédéral d'ici au 31 décembre 2007, de sorte qu'elle est applicable sans réserve à la procédure de recours formé devant le Tribunal de céans contre des décisions sur opposition portant sur des prestations de l'assurance-accidents (ATF 130 V 320 consid. 2.1).

En l'espèce, la décision sur opposition du 15 février 2005 de l'assurance-accidents a été contestée par recours de l'assurée le 13 mai 2005. Interjeté en temps utile et selon la forme prescrite, le recours est recevable.

4. L'art. 8 LAA (teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002) prévoit que sont réputés accidents non professionnels tous les accidents qui ne sont pas des accidents professionnels.

Dans le cas d'espèce, l'accident de la circulation du 9 avril 2002 constitue sans nul doute un accident de type non professionnel.

5. Le litige porte en premier lieu sur le point de savoir si les troubles dont souffre encore la recourante se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (a) et adéquate (b) avec l'accident, postérieurement au 30 juin 2004.

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Le juge examine cette question en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical. Il se conforme à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît

possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 181 consid. 3.1, 406 consid. 4.3.1; ATF 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

En matière de lésions au rachis cervical par accident de type «coup du lapin» sans preuve d'un déficit fonctionnel, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être admise en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, etc.), lorsque ces symptômes ne sont apparus qu'après l'accident et qu'ils ne peuvent être expliqués, au degré de la vraisemblance prépondérante, par d'autres facteurs non accidentels. Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (cf. ATF 119 V 337 sv. consid. 1, 117 V 360 consid. 4b et les références citées ; Arrêt du TFA du 30 juin 2004, U 118/03). Il faut que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé et que celle-ci apparaisse, avec un degré prépondérant de vraisemblance, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 338 ; Arrêt du TFA du 28 décembre 2004, U 127/03).

Dans le cas d'espèce, il ressort des constatations médicales que la recourante a subi une entorse cervicale simple et a ressenti rapidement après l'accident des vertiges, des nausées et vomissements, des céphalées, des cervicalgies, une irradiation dans l'épaule et le bras. Ces douleurs, constatées par le médecin-traitant dès le lendemain de l'accident, correspondent en grande partie au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type «coup du lapin», ce qui est attesté par les différents rapports médicaux et n'est nullement contesté par les parties. Elle ne présente en revanche aucun trouble psychique. Les douleurs attestées ont bien été provoquées par l'événement du 9 avril 2002, ce que l'expert de l'assureur-accidents reconnaît dès lors qu'il considère que le syndrome douloureux est aussi entretenu par l'accident, les facteurs étrangers au traumatisme initial ne pouvant, selon lui, porter atteinte à la santé de la patiente. Que des facteurs indépendants de l'accident, comme le soutient cet expert, concourent aux douleurs de la recourante ne suffit pas à nier le lien de causalité naturelle entre l'événement en question et les troubles invoqués. Il n'est en effet pas nécessaire, selon la jurisprudence que l'accident soit la cause unique de l'atteinte à la santé. Il y a ainsi lieu de tenir pour établie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 9 avril 2002 et l'atteinte à la santé de la recourante.

b) La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré est 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).

En matière de traumatisme de type « coup de lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral, il n'est point nécessaire d'établir si, sous l'angle médical, les atteintes mentionnées ont une origine somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a). En présence d'un tel traumatisme, il faut examiner, si l'accident est de gravité moyenne, le caractère adéquat du lien de causalité non seulement en se fondant sur la gravité objective de l'accident, mais en procédant à une appréciation globale d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de l'accident (ATF 117 V 366 consid. 6a; Arrêt non publié du 27 décembre 2005 no U 144/05, consid. 3). Les critères les plus importants sont les suivants :

- circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- gravité ou nature particulière des lésions physiques ;
- durée anormalement longue du traitement médical ;
- douleurs physiques ;
- erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- degré et durée de l'incapacité de travail.

Il n'est toutefois pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères à la fois. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire ou que l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Un seul critère peut en outre suffire lorsqu'il revêt une importance particulière, par exemple dans le cas où l'incapacité de travail est particulièrement longue en raison de complications apparues au cours de la guérison. Lorsque, en revanche, aucun critère ne revêt à lui seul une importance particulière ou décisive, il convient de se fonder sur plusieurs critères. Cela d'autant plus que l'accident est de moindre gravité. Ainsi lorsqu'un accident de gravité moyenne se trouve à la limite de la catégorie des accidents peu graves, les autres 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 117 V 384 consid. 4c ; Arrêt du TFA du 28 décembre 2004, U 127/03).

En l'espèce, au regard de son déroulement, l'accident survenu le 9 avril 2002 n'appartient ni à la catégorie des accidents insignifiants ou de peu de gravité, ni à celle des accidents graves, mais doit être considéré comme un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Les expertises relatives à la différence de vitesse des voitures au moment de la collision, même si elles retiennent des chiffres différents, permettent notamment de retenir une telle qualification. La recourante ayant été victime d'un accident de type « coup du lapin », le caractère adéquat du lien de causalité entre les symptômes que présentent l'assurée et l'accident en cause doit être examiné à la lumière des critères jurisprudentiels énumérés ci-avant.

b.1) Les parties reconnaissent la persistance de douleurs physiques chez l'assurée, qui ne saurait être contestée au vu des constats médicaux unanimes sur ce point.

b.2) De même, elles reconnaissent, explicitement ou implicitement, l'absence d'erreurs dans le traitement médical. Concernant les autres critères, les parties sont en désaccord.

b.3) S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques, la position de la tête de l'assurée au moment du second choc ne constitue pas une telle circonstance, dans la mesure où aucune lésion traumatique, que ce soit immédiatement après l'accident ou par la suite, n'a été mise en évidence par les médecins qui ont examiné la recourante, ce qui permet d'exclure également l'existence du second critère - gravité ou nature particulière des lésions physiques - retenu par la jurisprudence.

b.4) En ce qui concerne la durée particulièrement longue du traitement, le Tribunal fédéral a considéré qu'une durée de deux à trois ans pouvait être considérée comme normale dans ce genre de cas (voir ATFA du 30 novembre 2004, no U 201/02, consid. 3.3.2). En l'espèce, le traitement est toujours en cours, quatre ans après l'accident, puisqu'il était en cours au moment de l'expertise du 7 janvier 2005, pratiquée par l'expert mandaté par l'assurance-invalidité et qu'aucun élément ne permet de conclure à une limitation ou un arrêt de ce traitement. Il convient cependant de relever que celui-ci a un caractère essentiellement conservatoire (séances de physiothérapie et médication antalgique), l'assurée ayant refusé un traitement sous forme de petites doses d'antidépresseurs tricycliques proposés par différents médecins. Enfin, l'expert mentionne la présence de facteurs extra-traumatiques expliquant la persistance des douleurs. Pour ces motifs, il y a lieu de relativiser ce critère.

b.5) Il ne ressort pas des pièces versées à la procédure que la recourante a connu des difficultés au cours de la guérison ou des complications importantes. Le simple

fait que les traitements proposés n'aient pu la guérir ne saurait être considéré comme une difficulté ou une complication importante du traitement, contrairement à l'opinion de l'assurée.

b.6) En ce qui concerne l'incapacité de travail, la recourante a alterné, du 10 avril 2002 au 21 janvier 2004, des périodes d'incapacité totale ou partielle avec des périodes de capacité de travail. Le calcul des jours pendant lesquels elle a pu travailler pleinement permet de retenir un pourcentage de 64% (418 jours sur 652, week-end non décomptés). Depuis le 22 janvier 2004, elle n'a plus repris d'activité, si l'on excepte la reprise avortée de septembre 2004. Une telle période d'incapacité est certes longue, mais elle peut être relativisée dans la mesure où elle comprend pendant vingt mois un taux appréciable de pleine capacité de travail.

Le Tribunal constate en conclusion qu'aucun critère ne revêt à lui seul une importance décisive et qu'il n'y a pas cumul des critères pertinents, de sorte que le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis. Au vu de ce qui précède, l'intimée a, à bon droit, mis un terme à ses prestations au 30 juin 2004, y compris en ce qui concerne les frais de physiothérapie.

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

Statuant

(conformément à la disposition transitoire de l'art. 162 LOJ)

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification par pli recommandé adressé au Tribunal fédéral des assurances, Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE, en trois exemplaires. Le délai ne peut être prolongé. Le mémoire doit : a) indiquer exactement quelle décision le recourant désire obtenir en lieu et place de la décision attaquée; b) exposer pour quels motifs il estime pouvoir demander cette autre décision; c) porter sa signature ou celle de son représentant. Si le mémoire ne contient pas les trois éléments énumérés sous lettres a) b) et c) ci-dessus, le Tribunal fédéral des assurances ne pourra pas entrer en matière sur le recours qu'il devra déclarer irrecevable. Le mémoire de recours mentionnera encore les moyens de preuve, qui seront joints, ainsi que la décision attaquée et l'enveloppe dans laquelle elle a été expédiée au recourant (art. 132, 106 et 108 OJ).

Le greffier

Walid BEN AMER

La secrétaire-juriste :

Sandrine TORNARE

La Présidente :

Juliana BALDE

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