



POUVOIR JUDICIAIRE

A/266/2005

ATAS/769/2005

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 6

du 19 septembre 2005

En la cause

Madame C _____, représentée par Maître AELLEN Cyril

recourante

contre

ZURICH ASSURANCES, sise Talackerstrasse 1, case postale,
8085 ZURICH

intimée

Siégeant : Madame Valérie MONTANI, Présidente, Mesdames Karine STECK et Maya CRAMER, Juges.

EN FAIT

1. Madame C _____, née le 8 juin 1948, était employée depuis le 1^{er} janvier 2001 en tant que réceptionniste par X _____ SA. A ce titre, elle était assurée contre les accidents auprès de la ZURICH ASSURANCES (ci-après : l'assurance).
2. Selon une déclaration d'accident du 30 septembre 2003, l'assurée avait été victime d'un accident de la circulation la veille et avait subi un traumatisme de type « coup du lapin ». Elle n'avait pas été capable de reprendre le travail.
3. Le 15 octobre 2003, le service des experts véhicules de l'ALLIANZ SUISSE a devisé les réparations nécessaires sur le véhicule de l'assurée à 6'455.20 fr.
4. Dans un certificat médical initial du 12 décembre 2003, le Dr A _____, spécialiste en médecine manuelle, a indiqué qu'il suivait la patiente depuis le 15 octobre 2003 et diagnostiqué une contusion cervicale proximale avec probables lésions des ligaments alaires et contusion articulaire C4-C5 à droite. Les premiers symptômes s'étaient manifestés par des douleurs invalidantes du rachis dès l'accident. L'incapacité de travail était totale pour une durée indéterminée.
5. Selon un rapport du 9 décembre 2003 du Dr B _____, radiologue, qui faisait suite à un CT-scan cervical avec exploration fonctionnelle, il n'y avait pas de signe de discopathie ou de cervicarthrose. Une impression d'inversion de la lordose devait être confrontée à des clichés traditionnels. Il n'y avait pas d'interruption des ligaments alaires objectivés sur les reconstructions coronales. On trouvait enfin un croisement pathologique des diamètres antéro-postérieurs surtout au niveau C0-C1 et C0-C2, et très peu de déviation du croisement de ces diamètres en C1-C2.
6. A la demande de l'assurance, le Dr A _____ a indiqué le 11 mars 2004 que sa patiente n'avait pas repris le travail et qu'elle présentait toujours des cervico-dorsalgies avec une importante limitation de la flexion-extension cervicale depuis son traumatisme. Ces atteintes étaient fluctuantes et plutôt au décours. Il espérait les améliorer par des thérapies neuromusculaires.
7. Le 21 avril 2004, un inspecteur des sinistres de l'assurance a rencontré l'assurée et rendu un rapport.

L'assurée était arrêtée à un cédez le passage. Un véhicule l'avait percutée à l'arrière. Le choc avait été très fort. Elle regardait sur sa gauche au moment du choc. Elle avait ressenti un vertige et par la suite des nausées, des tensions à la nuque et des douleurs dans les lombaires ainsi que des fourmillements dans la main gauche.

Elle avait consulté le jour même à l'hôpital, puis dès le lendemain le Dr D _____, son médecin traitant, ainsi que le Dr A _____ pour un traitement manuel.

8. Le 28 avril 2004, le Dr E _____, médecin mandaté par la MAAF, assureur du véhicule tamponneur, a rendu un rapport médical.

L'assurée se plaignait de la persistance de douleurs cervicales irradiant vers le crâne jusqu'au front ou vers le segment dorsal, et de douleurs lombaires, accentuées par les positions prolongées et la marche. L'assurée avait présenté un traumatisme cervical sans lésion osseuse, une entorse cervicale (inversion de la lordose). Il persistait une raideur douloureuse cervicale majeure, avec composante psychologique, dont l'évolution restait à suivre. La consolidation ne pouvait être déclarée acquise. L'incapacité de travail durait depuis le 29 septembre 2003.

9. Par courrier du 4 mai 2004, l'employeur de l'assurée a mis fin au contrat de travail les liant avec effet au 31 juillet 2004.

10. Le 10 juin 2004, l'assurance-accidents a rendu un rapport d'expertise de l'accident du 29 septembre 2003. Il s'agissait d'une collision par l'arrière au cours de laquelle le véhicule de son assurée avait été poussé par le véhicule tamponneur. Lors du choc, le véhicule tamponneur circulait à une vitesse comprise entre 15,5 et 22,5 km/h et la voiture de l'assurée avait subi un accroissement de vitesse de 9 à 15 km/h.

11. Le 25 août 2004, l'assurance-accidents a transmis à l'assurée le rapport rendu le 20 juillet 2004 par la Clinique Romande de Réadaptation (ci-après : CRR) suite à son hospitalisation du 22 juin au 14 juillet 2004 en lui impartissant un délai de 30 jours pour apporter des remarques ou explications complémentaires. D'ores et déjà, l'assurée était avertie que l'assurance mettrait fin à ses prestations le 31 août 2004.

L'examen de neuropsychologie des 24 et 25 juin 2004 avait montré un ralentissement modéré à certaines épreuves chronométrées. La patiente mettait elle-même en relation la lenteur dont elle souffrait avec sa médication et ses douleurs, ce qui ne pouvait pas être exclu. Le reste des fonctions cognitives investiguées se situait globalement dans les limites de la norme.

Selon le consilium psychiatrique du 28 juin 2004, la question de douleurs en discordance avec les éléments objectifs se posait. En l'absence de souffrance psychosociale manifeste, on ne pouvait pas retenir de trouble somatoforme. Tant les plaintes que l'observation parlaient contre un état dépressif ou anxieux franc. En particulier, un état de stress post traumatique pouvait être raisonnablement récusé. Le psychiatre ne retenait pas de troubles psychogènes francs et encore moins de troubles dans ce domaine valant incapacité de travail. Il prenait acte des facteurs de

stress, à savoir l'accident, la perte d'emploi et encore un événement accidentel similaire chez l'époux.

A la sortie de son hospitalisation, la CRR a délivré à l'assurée un certificat d'incapacité de travail d'un mois, soit jusqu'au 11 août 2004. Les diagnostics de cervicalgies chroniques dans les suites d'un accident avec une petite instabilité rotatoire au niveau C0-C2, une discopathie C5-C6 et une petite protrusion discale postéro-médiane peu sténosante au niveau C5-C6 étaient retenus.

Selon le rapport final de la CRR du 20 juillet 2004, l'examen clinique était difficile avec une patiente peu collaborante, immédiatement algique et refusant la réalisation de certains tests du fait de la douleur. N'ayant pas pu obtenir de la patiente la confiance nécessaire à la poursuite du traitement, l'hospitalisation avait donc été interrompue. A l'issue du séjour, il n'existait pas d'amélioration de l'état de santé de la patiente et la capacité de travail de celle-ci restait donc nulle. Les bilans radiologiques ne permettaient pas de mettre en évidence de façon objective une explication à la persistance des douleurs. L'existence de facteurs environnementaux non médicaux pourrait influencer la persistance de l'état douloureux chronique. Le traitement de sortie consistait en physiothérapie, prise de Tramal, Stilnox et Mispriv.

12. Le 28 août 2004, le Dr D _____, médecin traitant de l'assurée, a attesté qu'il suivait sa patiente en raison de l'accident depuis le 30 septembre 2003, que la capacité de travail de cette dernière était nulle dès cette date pour une durée indéterminée et que le pronostic était mauvais en raison de douleurs résiduelles et de céphalées.
13. Par courrier du 23 septembre 2004, l'assurée a indiqué à l'assurance qu'elle contestait sa prise de position dès lors qu'elle se trouvait toujours, et pour une durée encore indéterminée, totalement incapable de travailler. Ses troubles de la santé étaient manifestement consécutifs à l'accident, ce qui avait été confirmé par les médecins. L'assurée déclarait ne pas comprendre sur quelles pièces médicales l'assurance se fondait pour affirmer que son cas relevait désormais de l'assurance-maladie.
14. Le 28 septembre 2004, l'assurée a requis des prestations de l'assurance-invalidité.
15. Par décision du 30 septembre 2004, l'assureur-accidents a mis un terme au versement de ses prestations au 31 août 2004. Les documents médicaux démontraient que les troubles dont souffrait l'assurée étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident. Les affections décrites par les médecins de la CRR pouvaient être assimilés aux troubles typiques de la colonne vertébrale suite à un choc « d'accélération-décélération ». Ils n'étaient pas accompagnés de troubles psychiques, ni de déficiences neuropsychologiques objectivables. L'accident était

de peu de gravité ou, au pire, de gravité moyenne. Le rapport de causalité adéquate devait être nié en raison des critères issus de la jurisprudence du Tribunal fédéral, le cas de l'assurée n'en réunissant que deux, soit la persistance de douleurs physiques et la durée de l'incapacité de travail.

16. Par courrier du 1^{er} novembre 2004, l'assurée s'est opposée à cette décision et a conclu à ce que le lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et son arrêt de travail soit constaté, et que l'assurance-accidents lui verse les indemnités journalière et frais y relatifs. Le rapport de causalité naturelle n'était pas contesté par l'assureur. S'agissant de la causalité adéquate, au moins trois des critères dégagés par la jurisprudence étaient satisfaits, ce qui avait pour conséquence que ce lien devait être admis. L'assurée produisait un courrier du Dr D _____ du 26 octobre 2004 répondant à des questions posées par elle-même. Selon ce médecin, il existait une suspicion de lésion ligamentaire cervicale non confirmée par la RMN. La durée du traitement médical était due à l'accident et ne se terminerai pas avant plusieurs mois. Il existait des céphalées et une persistance de douleurs cervicales et lombaires. Il n'y avait pas d'erreur médicale. Les difficultés rencontrées au cours du traitement étaient dues aux douleurs, il n'y avait pas de complication. Enfin, l'arrêt de travail était de 100% pour une durée indéterminée.

A son opposition, l'assurée a joint diverses pièces, dont le rapport du 28 avril 2004 du Dr E _____.

17. Le 30 décembre 2004, l'assureur-accidents a rendu une décision par laquelle il a rejeté l'opposition de l'assurée. L'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate était litigieuse. La question de la causalité naturelle pouvait rester ouverte, dans la mesure où la condition de la causalité adéquate n'était pas remplie. Comparant le cas à la jurisprudence du Tribunal fédéral en la matière, l'assureur-accidents arrivait à la conclusion que tout au plus deux critères pouvaient être considérés comme remplis. Cela n'était pas suffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé.
18. Le 13 janvier 2005, le Dr D _____ a attesté que depuis le jour de l'accident l'assurée se plaignait du rachis. Il existait clairement un lien de causalité entre l'accident et l'arrêt de travail à 100%, et il n'y avait pas de facteur environnementaux non médicaux qui influençaient son état de santé. Actuellement, l'assurée n'allait pas bien, il persistait une douleur du rachis, principalement de la colonne cervicale et lombaire. Une demande d'AI avait été faite.
19. Par acte du 2 février 2005, l'assurée a interjeté recours contre la décision du 30 décembre 2004 par-devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, concluant à ce que l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate soit reconnue et que l'assurance-accidents soit condamnée à continuer à verser les prestations prévues

par la loi. Subsidiairement, elle a conclu à ce qu'un rapport d'expertise indépendant sur son état de santé soit ordonné.

Selon la recourante, il semblait ne faire aucun doute que le lien de causalité naturelle était clairement établi dans son cas, dans la mesure où il n'existait aucun élément permettant de mettre en doute son existence.

S'agissant du lien de causalité adéquate, il y avait lieu d'examiner les critères établis par le Tribunal fédéral en la matière. La décision sur opposition retenait deux critères seulement, soit celui de la persistance des douleurs et celui de la durée et du degré de l'incapacité de travail. Il était erroné de soutenir que seuls deux critères n'étaient pas suffisants pour admettre le lien de causalité. Le critère de la persistance des douleurs jouait un rôle important, de même que le second qui avait été retenu. Pour ces motifs, puisque l'accident était de gravité moyenne, la réalisation de ces deux seuls critères suffisait à reconnaître le lien de causalité adéquate.

20. Dans sa réponse du 11 mars 2005, l'assurance-accidents a conclu au rejet du recours. Selon elle, la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles persistants ne pouvait être tranchée clairement. Les rapports de certains médecins semblaient permettre d'admettre ce lien, alors que d'autres non. En tout état, cette question pouvait rester ouverte, dans la mesure où l'existence d'un lien de causalité adéquate devait être nié. Il n'appartenait pas au médecin de se prononcer sur cette question, qui relevait du droit. L'accident était à qualifier de moyen, à la limite des accidents légers. La recourante avait elle-même admis dans ses écritures que seuls deux critères jurisprudentiels étaient remplis. Conformément à la jurisprudence constante du Tribunal fédéral, l'existence de deux critères seulement dans des cas similaires ne permettait pas d'admettre le lien de causalité adéquate.

21. Le Tribunal de céans a entendu les parties en comparution personnelle le 21 mars 2005. Au cours de cette audience, la recourante a indiqué qu'un examen médical était prochainement prévu dans le cadre de sa demande de prestations de l'assurance-invalidité. Elle a déclaré :

« J'étais arrêtée à un cédez le passage à côté d'un camion, celui-ci s'est mis en marche et c'est à ce moment que le véhicule qui venait derrière-moi m'a heurté à l'arrière en pleine vitesse. Je suppose qu'il pensait que j'allais démarrer comme le camion. Le conducteur m'a dit qu'il ne m'avait pas vue alors que j'étais à l'arrêt devant lui.

J'avais la ceinture de sécurité au moment du choc j'ai été projetée en avant, la tête s'est arrêtée à quelques centimètres du volant, puis ramenée violemment vers l'arrière sans que je ne touche l'appui-tête, ce dernier étant placé de façon inclinée,

comme l'était mon siège. Rien n'a donc arrêté le mouvement de ma tête. Je précise que je regardais vers la gauche au moment du choc. Je n'ai pas vu arriver le véhicule. Sans ceinture j'aurais été projetée vers le pare-brise. A ma connaissance le conducteur n'a pas été blessé.

L'arrière de mon véhicule a été démoli ainsi que mon siège. Mon mari est ensuite venu me chercher. J'ai immédiatement après le choc ressenti une raideur à la nuque. Par la suite j'ai eu des maux de tête, de cervicales et de lombaires qui ont fait que je me suis rendue à l'hôpital (une heure après l'accident).

Actuellement, je souffre encore de ces maux ainsi que d'insomnies, d'asthénies. J'ai aussi des problèmes avec la lumière. Je ne peux presque plus conduire la nuit car les phares m'éblouissent. Je précise que mes maux de tête ont augmenté depuis le choc. Je ne peux retravailler en raison de ces troubles et en particulier j'ai de la peine à rester assise plus de deux heures. Certains jours, je ne peux presque pas bouger en raison des douleurs et de la fatigue. Avant l'accident j'étais en pleine santé, je nageais et je faisais de la danse orientale. J'ai de la peine à supporter le bruit. Le traitement que je suis me fatigue (acuponcture et ostéopathie). Je prends également du Tramal mais j'ai dû toutefois diminuer les doses en raison des effets secondaires. Je prends aussi de l'Aspegic 1000 et du Milleprive. Je suis d'accord avec les conclusions des médecins excluant les troubles psychiques. Je précise qu'à la clinique de Sion on ne m'a proposé que d'augmenter la dose de Tramal.

Je demande qu'une expertise soit ordonnée ainsi que l'audition des Drs D _____, E _____ (médecin-conseil de la MAAF) et F _____, notamment pour déterminer quels critères pour la causalité adéquate sont réalisés, ainsi que leur acuité. Je transmettrai au Tribunal le dernier rapport du Dr E _____ aussitôt que je l'aurai reçu ».

L'intimée a indiqué qu'une expertise n'était pas nécessaire et que la question de la causalité naturelle pouvait rester indécise, vu l'absence du lien de causalité adéquate.

22. Par réplique du 21 avril 2004, la recourante a persisté dans ses précédentes écritures et dans ses conclusions. Elle a rappelé que l'on pouvait admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle sur la base du courrier du Dr D _____ du 26 octobre 2004, des indications données par l'assurée lors de l'audience de comparution personnelle, ainsi que du rapport de la CRR. Selon elle, le Tribunal avait l'obligation de statuer sur cette question.

Sur la question de la causalité adéquate, la recourante a indiqué que le Dr D _____ ne s'était prononcé que sur les circonstances de nature factuelle relatives aux critères dégagés par la jurisprudence, et non sur le lien lui-même. Par ailleurs, l'accident avait été plus grave que ce qu'avait indiqué l'assurance. Il était

admis et établi que deux des critères dégagés par la jurisprudence étaient réalisés. Ces deux critères revêtaient une intensité particulière, ce qui amenait à la conclusion qu'il existait un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail de la recourante.

23. Par duplique du 18 mai 2005, l'intimée a également persisté dans ses conclusions. Elle a indiqué que la recourante n'avait amené aucun élément nouveau sur la question de la causalité naturelle et a confirmé sa position selon laquelle certains éléments permettaient de mettre en doute l'existence de ce lien. S'agissant de la causalité adéquate, la question de la gravité de l'accident devait être résolue en se basant sur des éléments objectifs. Dans le cas particulier, soit un accident de gravité moyenne à la limite des accidents légers, la réalisation de deux critères jurisprudentiels ne suffisait pas pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate.

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.

2. 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 des assurances sociales du 6 octobre 2000 (ci-après : LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 (ci-après : LAA).

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

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).

Déposé dans les délai et forme prévus par la loi, le recours est recevable.

4. Le litige porte sur le point de savoir si les troubles dont souffre encore la recourante se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.
5. L'autorité administrative ou le juge ne doivent considérer un fait comme prouvé que lorsqu'ils sont convaincus de sa réalité (KUMMER, Grundriss des Zivilprozessrechts, 4ème édition, Berne 1984, p. 136; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2ème édition, p. 278, ch. 5). Dans le domaine des assurances sociales, le juge 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 121 V 47 consid. 2a, 208 consid. 6b et la référence).
6. 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 de la 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci.

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée 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).

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). Les critères 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 ;
- La durée anormalement longue du traitement médical ;
- Les douleurs physiques ;
- 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 ;
- Le degré et la 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).

c) Toutefois, lorsque des 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 cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa, et non pas ceux énumérés aux ATF 117 V 366 sv. consid. 6a et 382 sv. consid. 4b, qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 99 consid. 2a; RAMA 1995 p. 115 ch. 6 ; Arrêt du TFA du 30 juin 2004, U 118/03)

7. a) En l'espèce, il ressort des constatations médicales que la recourante a subi une entorse cervicale et souffert immédiatement après le choc de douleurs du rachis, de vertiges, nausées, de douleurs lombaires puis de cervico-dorsalgies, de céphalées, et d'une raideur cervicale majeure. Ces douleurs correspondent en grande partie au tableau clinique des séquelles traumatiques d'un traumatisme de type « coup du lapin ». Dès lors que ces symptômes ne sont apparus qu'après l'accident, que les médecins consultés les attribuent à un traumatisme cervical (Drs A _____, E _____ et D _____) et qu'aucun facteur non accidentel ne les explique, il y a lieu de tenir pour établie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé de la recourante. Par ailleurs, le fait que le rapport de la CRR mentionne l'existence éventuelle de facteurs environnementaux non médicaux pouvant influencer la persistance de l'état douloureux chronique (inexpliqué par le bilan radiologique), n'est pas de nature à remettre en cause l'admission du lien de causalité naturelle dès lors qu'il ne s'agit que d'une hypothèse et que la CRR a reconnu l'existence d'un mouvement de flexion-hyperextension du rachis cervical au moment de l'accident et posé le diagnostic de cervicalgies chroniques dans les suites de l'accident. Au surplus, il est admis que si des facteurs indépendants de l'accident amplifient les douleurs, cela ne suffit pas à nier tout lien de cause à conséquence entre l'événement et les troubles car il n'est

pas nécessaire que l'accident soit la cause unique de l'atteinte à la santé (Arrêt du TFA du 30 juin 2004, U 118/03).

b) Dès lors que le lien de causalité naturelle entre les troubles de la recourante et l'accident n'est pas litigieux et que l'examen du lien de causalité adéquate constitue une question de droit, une expertise médicale est inutile (ATF du 22 juin 2005, U 190/04).

8. a) S'agissant de la causalité adéquate, au vu de la jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (TFA), l'accident en cause, compte tenu de son déroulement et des atteintes qu'il a générées, doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne (Arrêt du 30 novembre 2004, U 201/02 ; voir aussi Arrêt du 22 juin 2005, U 190/04, où l'accident est considéré comme moyen à la limite des accidents graves dès lors que le véhicule de l'assurée a été violemment percuté à l'arrière par un camion et complètement détruit, ce qui n'est pas le cas en l'espèce). Certes, dans deux arrêts du 12 mars 2003, U 61/02, et du 14 janvier 2005, U 191/03, le TFA a considéré qu'une collision du véhicule de l'assuré par l'arrière était un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Cependant, dans le premier cas, les troubles constatés n'avaient pas entraîné chez l'assurée d'incapacité de travail durant les trois premières années et demie suivant l'accident et son état n'avait nécessité des soins que durant cinq jours après l'accident ; dans le second cas, l'assurée avait, malgré ses lésions, gardé une capacité de travail partielle. Or, en l'espèce, les atteintes générées par l'accident, critère pris en compte par le TFA dans l'appréciation de la gravité de l'accident, ont immédiatement entraîné une incapacité totale de travail.

b) Il convient encore d'examiner les critères jurisprudentiels précités, en précisant qu'en l'espèce aucun trouble psychique de nature à reléguer au second plan les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites du traumatisme de type « coup du lapin » n'a été relevé par les médecins. En conséquence, les critères pertinents pour apprécier la causalité adéquate sont ceux énumérés dans la jurisprudence publiée aux ATF 117 V 366 ss (consid. 6b supra).

Il n'y a pas en l'espèce de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques et l'accident n'a pas été particulièrement impressionnant. Il n'apparaît pas non plus que la recourante aurait été victime de lésions graves ou d'une nature particulière ou encore d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

En revanche, c'est à juste titre que les parties admettent l'existence de douleurs persistantes et celle d'une incapacité de travail complète due aux lésions physiques, dès le jour de l'accident. En effet, la recourante souffre encore dix-huit mois après l'accident (cf. notamment procès-verbal de l'audience du 21 mars 2005) de douleurs lombaires, de céphalées, d'insomnies, d'asthénie, de difficultés à

supporter le bruit et la lumière. Elle a de la peine à rester assise plus de deux heures et, parfois, ne peut presque pas bouger en raison des douleurs et de la fatigue, sans amélioration depuis l'accident et sans que les douleurs ne soient expliquées par des facteurs extra-traumatiques. Quant à l'incapacité de travail, la recourante n'a plus repris d'activité professionnelle à la suite de l'accident, soit depuis plus de deux ans. Il y a lieu ainsi d'admettre qu'elle subit une incapacité de travail durable.

S'agissant de la durée anormalement longue du traitement médical, il y a lieu de constater que celui-ci est toujours en cours, près de deux ans après l'accident (traitement de physiothérapie – thérapie neuromusculaire – prise de médicaments). A cet égard, le TFA a considéré qu'un traitement des conséquences d'un coup de lapin d'une durée de deux à trois ans devait être considéré comme normal (arrêt du ATF du 30 novembre 2004, U 201/02). Cependant, en l'espèce, ce critère ne peut être exclu dès lors que la durée du traitement n'est pas encore connue.

Dans un arrêt du 30 novembre 2004, U 201/02, le TFA a considéré que le critère des douleurs persistantes cumulé à celui d'une longue incapacité de travail n'étaient pas suffisants pour que l'accident soit tenu pour la cause adéquate de l'affection psychique de l'assurée. Toutefois, l'ensemble des circonstances étaient différentes du cas d'espèce dès lors qu'il existait une majoration et une persistance des douleurs dues à la problématique psychique de l'assurée, ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

Par ailleurs, dans un arrêt du 30 juin 2004, U 118/03, le TFA a aussi refusé d'admettre un lien de causalité adéquate sur la base des critères de la persistance des douleurs et de la longue durée du traitement médical car ceux-ci n'étaient pas suffisamment importants. En particulier, l'importance des douleurs était entretenue par des facteurs extra-traumatiques.

En conséquence, en l'espèce, l'importance de l'incapacité de travail (durée et degré de 100 %), et celle de la persistance des douleurs ainsi que la durée du traitement médical encore en cours conduit à admettre, en présence d'un accident de gravité moyenne, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé dont souffre la recourante au-delà du 31 août 2004, date à laquelle l'intimée a mis un terme à ses prestations.

9. Partant, le recours doit être admis partiellement, la décision litigieuse annulée et il sera dit que la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 31 août 2004.

Une indemnité de fr. 1'500.- sera allouée à la recourante, à charge de l'intimée.

**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. L'admet partiellement.
3. Annule la décision sur opposition du 30 décembre 2004.
4. Dit que Mme C_____ a droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire au-delà du 31 août 2004.
5. Alloue à la recourante une indemnité de fr. 1'500.- à charge de l'intimée.
6. 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).

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