

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 novembre 2009

Présidence de M. DIND
Juges : Mmes Rossier et Moyard
Greffier : Mme Rouiller

Cause pendante entre :

N._____, à Lussery-Villars, recourante, représentée par Me Pierre Seidler,
avocat à Delémont,

et

Vaudoise générale compagnie d'assurances SA (ci-après :Vaudoise
Assurances), à Lausanne, intimée.

Art. 6 al.1 LAA

E n f a i t :

A. La recourante, née le 3 août 1948, travaillait comme auxiliaire polyvalente auprès de l'Association pour la santé, la prévention et le maintien à domicile des districts de Cossonay, Orbe et la Vallée, organisme affilié à l'Office médico-social vaudois à Lausanne. Par l'intermédiaire de cet employeur, elle était notamment assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Vaudoise Assurances.

Le 3 avril 2000, l'intéressée a percuté avec sa voiture un autre véhicule arrêté en bordure de la route. Postérieurement à cet accident, elle a présenté des troubles au niveau de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire. L'évolution n'étant pas favorable et après une tentative de reprise de travail à 50% entre le 26 juin 2000 et le 2 juillet 2000, l'incapacité de travail a été fixée à 75% dès le 3 juillet 2000, puis à 100% dès le 22 novembre 2000.

Dans un rapport du 27 octobre 2000, le Dr X. _____ a indiqué que l'assurée souffrait d'un syndrome cervical avec des contractures paracervicales et cervico-scapulaires prédominant du côté droit, sans atteinte des voies longues ou indice d'une éventuelle pathologie médullaire ou radiculaire. Cet examen neurologique ne révélait pas la présence d'un whiplash cervical.

Le 1^{er} mars 2001, le Dr P. _____, neurologue, a établi une expertise pour Vaudoise Assurances. Il a relevé que l'assurée se plaignait de la persistance de cervico-scapulo-brachialgies droites, qu'elle avait été, objectivement, victime d'une distorsion cervicale simple, et qu'il n'y avait aucun élément permettant de conclure à une atteinte majeure du système locomoteur et nerveux. Selon lui, il existait *de facto* une incapacité de travail complète. Néanmoins cette incapacité de travail n'était plus en relation de causalité naturelle avec l'accident et sur le plan de la capacité de travail les conséquences de l'accident du 3 avril 2000 s'étaient

épuisées six mois après ce dernier, soit le 3 octobre 2000. Pour l'expert, il convenait toutefois de poursuivre un traitement d'antalgiques et, cas échéant, de procéder à une infiltration périodurale C6-C7. Il a ajouté qu'une co-expertise psychiatrique paraissait absolument nécessaire tant sur le plan asséurologique que thérapeutique et a précisé ce qui suit en pages 16 et 17 de son rapport :

(...) il ne fait pas de doute que Mme N. _____ a été victime le 3 avril 2000 d'un accident de la circulation susceptible d'avoir entraîné une distorsion cervicale et conséquemment l'apparition de troubles dont Mme N. _____ s'est plainte dans les suites dudit accident. Si la persistance de quelques plaintes (cervico-céphalgies entre autres) est à considérer comme en relation de causalité naturelle probable avec l'accident, l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail ne peuvent plus être considérés comme en relation de causalité naturelle avec l'accident. Des facteurs étrangers jouant un rôle dans l'évolution défavorable sont 1) les accidents antérieurs et les altérations dégénératives disco-vertébrales préexistantes jouant un rôle ne dépassant pas 20 % dans la symptomatologie et 2) des facteurs de personnalité paraissant être actuellement au premier plan.
(...)

Dans un rapport médical du 10 avril 2001, le Dr K. _____, chirurgie orthopédique FMH, a noté que la recourante présentait des cervico-brachialgies droites chroniques, des vertiges, des céphalées, un status un an après whiplash du rachis cervical, ainsi qu'une discopathie cervicale étagée. Ce médecin estimait que l'état de santé de la patiente était susceptible d'amélioration et qu'avec le temps la symptomatologie douloureuse était susceptible de s'atténuer. Il proposait ainsi, un examen arthro-IRM de l'épaule droite ainsi qu'un examen au Service ORL du Q. _____ pour essayer de déterminer la cause des vertiges présentés par l'assurée.

Ce dernier rapport a été soumis le 22 mai 2001 au Dr P. _____, avec prière de l'examiner et de bien vouloir indiquer si les examens préconisés semblaient utiles pour trancher les questions intéressant l'assureur accidents. Il a répondu, le 8 juin 2001, que l'arthro-IRM, quoique certainement tout à fait indiquée au plan diagnostique, ne se justifiait pas dans le cadre des conséquences de l'accident subi par l'assurée le 3 avril 2000. Il a estimé que cet examen, s'il avait lieu, devait

être effectué à la charge de l'assurance-maladie. S'agissant des vertiges, il n'y avait pas d'indications pour un examen otoneurovestibulaire vu l'atypie des plaintes et l'absence d'éléments clairement indicateurs anamnestiquement et cliniquement d'une pathologie du système vestibulaire périphérique ou central. En conséquence, il ne croyait pas que cet examen fût justifié dans le contexte des suites de l'accident du 3 avril 2000.

L'examen otoneurologique, qui a tout de même été pratiqué au Q. _____ le 3 juillet 2001, était normal selon le rapport daté du même jour. L'anamnèse de troubles vestibulaires post-traumatiques mal systématisés, associés à d'autres plaintes multifocales (céphalées, troubles visuels, dysphnie) et à une composante phobique-anxieuse, évoquait en premier lieu une origine fonctionnelle (type vertige postural phobique) (cf. p. 2).

Dans le rapport qu'il a établi le 6 juillet 2001 à l'intention de la Vaudoise Assurances suite à ces examens, le Dr K. _____ précisait, concernant l'épaule, qu'il s'agissait d'une atteinte partielle qui, en cas absence d'amélioration, nécessiterait la poursuite du traitement conservateur et éventuellement une arthroscopie (cf. p. 1). L'incapacité de travail dans l'activité habituelle était en partie due à l'état dépressif et le pronostic restait difficile à établir pour cette patiente qui était déprimée par sa situation. L'incapacité a été prise en charge dès le 3 octobre 2000 par la W. _____ au titre de la perte de salaire en cas de maladie et l'incapacité se prolongeant, le cas a été également annoncé par l'employeur à la Caisse [...], assureur "2 pilier". Cette institution a reconnu, par décision du 6 juillet 2001, une invalidité temporaire de 75% du 3 octobre 2000 au 30 novembre 2000, puis une invalidité temporaire de 100% du 1 décembre 2000 au 30 septembre 2001 et alloué les rentes correspondantes.

Ayant pris connaissance de ces développements, la Vaudoise Assurances ne s'est pas écartée des conclusions de l'expertise P. _____ du 1^{er} mars 2001. Par décision du 15 août 2001, elle a admis une

incapacité de travail pendant six mois, soit jusqu'au 3 octobre 2000. Elle a accepté de prendre à sa charge les frais de traitement considérés comme consécutifs à l'accident par l'expert, soit un traitement par anabolisants non-stéroïdiens et antalgiques, des consultations médicales permettant d'en contrôler les effets et, cas échéant, une infiltration périurale C6-C7. Elle a ajouté que l'examen psychiatrique préconisé par l'expert n'était pas de sa compétence, mais uniquement de celle des assureurs maladie, et qu'elle organiserait un nouvel examen pour faire le bilan des traitements et décider d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 23 août 2001, T._____ (assureur-maladie) a formé provisoirement opposition à la décision. Après étude du dossier, cette caisse retirera cette opposition le 18 septembre 2001. Le 13 septembre 2001, l'assurée a formé à son tour opposition à cette décision. Elle a allégué les résultats des examens pratiqués postérieurement à l'expertise et conclu que l'expertise du Dr P._____ paraissait insuffisamment motivée.

Dans un rapport du 14 janvier 2002, le Dr K._____ a indiqué que l'évolution se faisait "avec des hauts et des bas". La recourante ne supportait notamment que difficilement l'attelle nocturne prescrite par le Service de chirurgie maxillo-faciale du Q._____.

La décision du 15 août 2001 ayant été confirmée par décision sur opposition du 7 mai 2002, un recours a été interjeté contre elle auprès du Tribunal des assurances du canton de Vaud.

Le 7 octobre 2003, sur mandat de l'assurance-invalidité, le Dr B._____ spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à [...] a établi un rapport d'expertise qui a abouti aux constatations et conclusions d'un syndrome douloureux somatoforme, d'une majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (ou sociales), de troubles dissociatifs (de conversion) en particulier anesthésie dissociative et atteinte sensorielle (cf. p. 21ss). Pour l'expert, en extrapolant les éléments

somatiques et psychiques on arrivait, d'une manière médico-théorique, à une atteinte ne dépassant pas 30 % (cf. p. 24).

Par décision du 14 novembre 2003, l'assurance-invalidité a décliné tout droit à des prestations de cette institution; elle a constaté que sur un plan somatique, la capacité de travail de la recourante en qualité d'auxiliaire de santé était raisonnablement exigible à 100%.

Par jugement du 1^{er} mars 2004 communiqué aux parties le 25 juin 2004, le Tribunal des assurances a renvoyé la cause à l'intimée, afin qu'elle organise une expertise psychiatrique censée déterminer si les plaintes sont en lien avec une atteinte à la santé apparaissant de manière prépondérante comme la conséquence de l'accident. (ATASS, AA 50/02-32/2004 du 1^{er} mars 2004 consid. 4 c in fine).

Par courrier du 25 octobre 2004, l'intimée a soumis au mandataire de l'assurée le catalogue des questions qu'elle entendait soumettre à l'expert psychiatre ainsi que le nom de trois experts. Par lettre du 16 novembre 2007, le conseil a confirmé son accord avec le questionnaire prévu et a récusé l'un des experts proposés. L'un des deux experts, restant "en lice" ayant décliné le mandat, il a été demandé au conseil s'il avait des objections à formuler quant à la désignation du troisième, le Dr G._____ spécialiste en psychologie et psychothérapie à [...]. Le 24 novembre 2004, Me J._____ a informé que sa cliente était d'accord avec le choix du Dr G._____.

Le mandat d'expertise a en conséquence été donné le 30 novembre 2004 au Dr Z._____, qui a reçu l'assurée à son cabinet le 14 février 2005 et a rendu son rapport le 9 mars 2005. Ce médecin a retenu les diagnostics suivants :

- Trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4 selon CIM 10);
- Episode dépressif moyen avec syndrome somatique(F3 2.11);
- Majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques (F68.0);
- Troubles dissociatifs (F44.6).

En conclusion, il observait (cf. p. 6 et 7) :

La non-reconnaissance et la non prise en compte de ses douleurs post-accidentelles par son entourage professionnel et médical représente une blessure narcissique importante et a induit le développement d'un syndrome somatoforme douloureux chronique. La non-reconnaissance de ses douleurs a été perçue comme disqualifiante, ce qui a provoqué par ailleurs une recrudescence et une aggravation de la douleur ainsi que la mise en place d'une revendication de type asséculo-logique. On se retrouve donc dans un processus sinistrosique flagrant (majoration des symptômes psychiques pour des raisons psychologiques) dont la seule porte de sortie pour la patiente (...) serait une reconnaissance même partielle de ses douleurs. La non reconnaissance médicale et sociale ont eu pour conséquence le développement d'un épuisement physique et psychique aboutissant par là à un état dépressif.

(...)

Les conclusions du Dr B. _____ en pages 23 et 24 sont pertinentes, bien qu'à ce jour les éléments somatiques et psychiques aboutissent à une atteinte de 50 % au moins; la reprise d'une activité professionnelle reste très improbable tant qu'il n'y aura pas de prise en charge cohérente (somatique et psychiatrique); il est peu probable qu'il y ait une diminution de la symptomatologie dans cette condition.

(...)

Le processus de rejet que la patiente a vécu tant par l'Assurance-maladie que par l'Assurance-accidents, les dédales juridico-médico-asséculo-logiques ont aussi été la cause du développement de l'état dépressif et du processus sinistrosique que la patiente présente actuellement.

Par courrier du 8 juin 2005, l'intéressée a fait valoir, en se référant à l'expertise ci-dessus, que l'accident incriminé était au moins probablement la cause prépondérante de ses souffrances, soit de son trouble somatoforme douloureux persistant. Elle a soutenu que ses troubles psychiques étaient aussi en lien avec le sinistre et qu'en tout état, la preuve de la disparition du caractère causal de l'accident n'avait jamais été apportée.

Par décision sur opposition du 20 juillet 2005, l'assurance-invalidité a rejeté l'opposition formée contre la décision du 14 novembre 2003. Elle s'en est tenue, s'agissant de la capacité de travail du point de vue somatique, à l'expertise du Dr P. _____ du 1^{er} mars 2001, complétée le 8 juin suivant, et a constaté une capacité de travail entière dans n'importe quelle activité à partir d'octobre 2000. Du point de vue

psychiatrique, elle a relevé que l'incapacité de travail était de 30% tout au plus selon l'expertise du Dr B. _____

Le 7 octobre 2005, l'intimée a rendu une nouvelle décision. Elle a rappelé préliminairement qu'aux termes de l'arrêt du Tribunal des assurances, le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail était douteux. Ainsi, s'agissant des troubles somatiques, la question du rapport de causalité naturelle était définitivement tranchée et il devait être tenu pour constant que ceux-ci n'entraînaient pas d'incapacité de travail en tous cas pas au-delà du 3 octobre 2000. S'agissant de la causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques, l'intimée a constaté que l'état de santé de la recourante - et partant, sa capacité de travail - étaient affectés par des troubles psychiques reléguant l'affection somatique à l'arrière plan. Elle a confirmé que, cela étant, l'incapacité de travail était admise comme étant d'étiologie accidentelle pendant six mois au plus, soit jusqu'au 3 octobre 2000.

Par courrier du 9 novembre 2005, l'assurée a formé opposition à cette décision. A titre de motivation, elle a réitéré tout d'abord l'argumentation contenue dans son courrier du 8 juin 2005 et soutenu que l'interprétation faite de l'arrêt du Tribunal des assurances s'agissant de la causalité naturelle, était en contradiction avec l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr G. _____.

Dans un certificat médical du 11 mai 2007, le Dr F. _____, médecine générale, a constaté qu'il n'existait aucun moyen médical d'améliorer radicalement la situation; il a ajouté qu'un suivi médical à visée antalgique et un soutien psychologique s'imposait, à une fréquence d'une à deux consultations par mois.

Par décision sur opposition du 9 juillet 2007, l'intimée a confirmé sa décision du 7 octobre 2005 niant toute incapacité de travail liée à l'accident au-delà du 3 octobre 2000. Ses motifs étaient les suivants :

(...) En présence de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident - car c'est en réalité bien uniquement de cela qu'il s'agit dans le présent litige, étant rappelé que le "trouble somatoforme douloureux" clairement diagnostiqué par les Drs B. _____ et G. _____ est classé parmi les maladies psychiques, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral.

Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont 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. Il convient de procéder de même lorsque l'accident n'a fait que renforcer les symptômes de troubles psychiques déjà présents avant cet événement 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 trouble dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante.

2.5 Dans le cas particulier, on a précisément affaire au départ à une banale distorsion cervicale, sur laquelle se surajoute par la suite un trouble somatoforme généralisé qui prend progressivement une importance à tout le moins prépondérante dans le tableau des plaintes; comme le précise le TFA, les troubles somatoformes peuvent certes survenir dans le cadre d'un coup du lapin ou de lésions analogues de la colonne cervicale, mais il n'en demeure pas moins qu'ils ne font pas partie du tableau typique des coups du lapin. L'examen de la causalité adéquate entre de tels troubles et un accident doit donc être effectué selon les critères de l'ATF 115 V 133.

2.6 Les accidents sont classés en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères (...).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis.

2.7 Selon la jurisprudence, une simple collision, comme c'est le cas ici, est en règle générale à qualifier de cas moyen à la limite des cas de faible gravité. Il importe dès lors que plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une

intensité particulière pour que l'accident soit tenu pour la cause adéquate des troubles psychiques dont souffre l'assurée. En l'espèce, les circonstances dans lesquelles cet événement est survenu ne sont certainement pas particulièrement dramatiques ou impressionnantes et aucun des autres critères énumérés ci-dessus n'est rempli. (...).

B. Représentée par Me Pierre Seidler, l'intéressée a recouru contre cette dernière décision par pli du 23 août 2007 complété le 6 septembre 2007. Elle a conclu à ce que la Vaudoise Assurances soit tenue de verser ses prestations au-delà du 3 octobre 2000, les troubles physiques et psychiques ressentis étant toujours en lien avec l'accident. A l'appui de son recours, elle a produit le certificat médical du Dr F. _____ du 11 mai 2007 et a fait valoir les motifs exposés ci-après :

Au cas d'espèce, le point litigieux est la suppression du droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 3 octobre 2000. L'intimée interprète, d'une part, de manière contradictoire l'expertise psychiatrique réalisée par le Dr G. _____ concernant la causalité naturelle, et d'autre part, veut déterminer l'existence du lien de causalité adéquate à la lumière des critères énoncés aux ATF 115V 140 et 115V 409, ce qui est complètement erroné. In casu, il se doit de déterminer l'existence du lien de causalité adéquate à la lumière des critères fixés par le Tribunal fédéral dans l'arrêt Salinitri (ATF 117V 359). (...).

En effet, en matière de lésion du rachis cervical par accident de type "coup du lapin" sans preuve d'un déficit fonctionnel organique se pose aussi le problème de la causalité. Les conséquences pouvant résulter d'un tel accident, donc d'aboutir à la thèse d'un dommage sous-jacent, ont été concrétisées dans l'arrêt du Tribunal fédéral 117 V 369. Les symptômes constituant le tableau clinique typique (whiplash associated disorder) des séquelles d'un accident avec traumatisme par distorsion de la colonne cervicale sont les suivants: maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, douleurs à la nuque, troubles visuels, irritabilité, instabilité émotionnelle, dépression, altération du caractère.

Il faut bien considérer que le lien de causalité naturelle entre un accident et une incapacité de travail, respectivement une incapacité de gain, est donné, dans la règle, lorsqu'un coup du lapin est diagnostiqué et que l'on se trouve dans le cas d'un tableau clinique typique, présentant de multiples plaintes (comme les maux de têtes diffus, les vertiges, les troubles de la concentration et de la mémoire, etc. (...).

Il ressort du rapport d'expertise (...) du Dr G. _____ que l'accident est au moins probablement la cause prépondérante du trouble somatoforme douloureux persistant d'autre part, selon l'expert, l'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique, diagnostiqué en deuxième lieu par l'expert, est également en lien de causalité naturelle, avec l'accident du 3 avril 2000 puisque l'expert souligne que l'épisode dépressif lui est "sûrement lié au trouble somatoforme

douloureux" même si l'expert admet qu'il est renforcé voire entretenu par les problèmes juridico-asséculo-logiques.

Donc, ce que l'expert diagnostique sous la forme de trouble somatoforme douloureux n'est rien d'autre que l'expression des troubles du tableau clinique du coup du lapin tels que reconnus par le Tribunal fédéral des assurances (ATF 119 V 335, consid. 1). En outre, l'épisode dépressif moyen constitue également l'un des troubles du tableau clinique du coup du lapin (ATFA du 27 août 2002, No U 172/00).

Au demeurant et dans l'hypothèse où, comme le fait l'intimée, la décision aurait été exclusivement fondée sur les diagnostics du Dr G._____, il n'y a pas lieu d'appliquer purement et simplement la jurisprudence restrictive du TFA en matière de troubles somatoformes douloureux *stricto sensu*. La recourante souffre aussi de troubles somatiques comme le relève l'expert.

En outre, l'intimé n'est pas fondé à s'écarter, comme elle le fait sans aucun motif valable, des conclusions de l'expert s'agissant du taux d'invalidité médico-théorique. Elle est liée par cette expertise qui répond pleinement aux critères de qualité définis par la jurisprudence.

En effet, l'atteinte à la santé de Mme N._____ démontrée par l'expert, correspond en tous points aux principaux troubles du tableau clinique du coup du lapin, l'humeur dépressive faisant également partie de ce tableau clinique typique (...).

Il convient dès lors d'examiner le lien de causalité adéquate selon les règles fixées par le Tribunal fédéral des assurances dans l'arrêt Salintri (ATF 117 V 359).

En l'espèce, compte tenu de tous les éléments qui figurent au dossier, il est patent que la majeure partie des critères définis par la jurisprudence sont réalisés, à savoir, étant rappelé que l'accident est survenu il y a plus de 7 ans, la longue période d'incapacité de travail, la durée anormalement longue du traitement médical, les douleurs persistantes, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes, tous critères qui permettent d'admettre que la causalité adéquate est ainsi largement donnée.

(...)

En effet, suite à son accident, la recourante a présenté des troubles de la colonne cervicale et de la ceinture scapulaire l'invalidant et l'empêchant de travailler, d'où l'incapacité de travail à 100% jusqu'au 26 juin 2000. Une reprise à 50% du 26 juin 2000 au 2 juillet 2000 a été effectuée mais avec une impossibilité d'assumer son activité professionnelle, ce qui a motivé une incapacité de travail à 75% dès le 3 juillet puis à 100% dès le 22 novembre 2000. Malgré un traitement physiothérapeutique et médicamenteux, la patiente n'a pas pu recommencer à travailler tant les douleurs l'invalidaient aussi bien la nuit que durant la journée, l'empêchant d'avoir des activités quotidiennes normales. Lors de sa reprise de travail, elle a même, par un manque de force des membres supérieurs, laissé tomber une patiente, ce qui l'a beaucoup culpabilisée et renforcée dans sa conviction qu'elle ne pouvait plus assumer son métier. Depuis le 22 novembre 2000, elle n'a plus jamais fonctionné comme avant et s'est plainte de manière régulière de douleurs de plus en plus importantes, fluctuantes avec une amélioration en fonction des prises en charge (Expertise psychiatrique du 9 mars 2005 du Dr G._____, p. 1 et 2).

Après des examens effectués par l'Unité d'oto-neurologie de l'Hôpital Z._____ à [...] le 27 septembre 2002, la Doctoresse H._____ pose le diagnostic suivant : *status après traumatisme du type Whiplash, atteinte du ligament hallaire avec probable désinsertion partielle droite et zone d'irritation de tout j'axe du système neuro-végétatif prenant l'occiput postérieur; la ceinture scapulaire, le trapèze et l'omoplate. Un épanchement synovial avec luxation réductible du ménisque de l'articulation temporo-mandibulaire droite et traumatisme cranio-cérébral sans perte de connaissance (expertise psychiatrique du 9 mars 2005. du Dr G._____, p. 1 et 2).*

Actuellement, la recourante se trouve toujours en suivi médical par le

Dr F._____ en raison des problèmes consécutifs à l'accident. Elle présente d'importantes douleurs chroniques de la région cervicale et de la mâchoire, qui rendent nécessaires la prise d'antalgiques majeurs. Ces douleurs sont responsables non seulement d'une incapacité de travail complète, mais elles ont en plus des répercussions massivement invalidantes sur sa vie psychologique et sociale. Il n'existe pas de moyen médical d'améliorer radicalement la situation, mais un suivi médical à visée antalgique et de soutien psychologique s'impose, à une fréquence d'une à deux consultations par mois (certificat médical du 11 mai 2007 du Dr F._____).

Au vu de tout ce qui précède, le lien de causalité adéquate est manifestement donné, raison pour laquelle la décision sur opposition attaquée doit être annulée au sens des conclusions retenues en en tête du présent mémoire (...).

Dans sa réponse du 12 novembre 2007, la Vaudoise Assurances s'est référée à sa décision sur opposition du 9 juillet 2007, particulièrement aux ch. 2.4 à 2.7 (rapportés ci-dessus); elle a précisé qu'un trouble somatoforme ne faisait pas partie du tableau typique du coup du lapin et que s'agissant des troubles authentiquement somatiques, l'autorité judiciaire cantonale avait retenu, au consid 4c du jugement, que le lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail (actuelle) était douteux. Elle a conclu au rejet du recours.

Au cours des échanges d'écritures ultérieurs, les parties ont maintenu leur position. L'intéressée a présenté une requête tendant à ce qu'une IRM cérébrale soit effectuée auprès du Centre Hospitalier [...], à [...]. Cette demande a été rejetée par décision du juge instructeur confirmée le 11 février 2009 par l'autorité de céans (AA 108/08 inc.-3/2009).

La recourante a encore produit des pièces médicales, à savoir :

- un rapport de la Dresse H._____ qui, le 16 avril 2008, a constaté une dégénérescence du disque vertébral en C6/C7;

- un certificat médical du Dr F._____ du 2 mai 2008, selon lequel, depuis 2005 au moins, l'incapacité de travail de l'intéressée était totale pour raison médicale. En outre, une nouvelle demande à l'assurance-invalidité lui paraissait parfaitement fondée du point de vue médical.

E n d r o i t :

1. A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière.

La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

Interjeté le 23 août 2007 et complété le 6 septembre 2007, le recours interjeté contre la décision du 9 juillet 2007 l'a été en temps utile compte tenu des feries d'été (art. 38 et 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]); il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. Est litigieuse en l'espèce la question du maintien du droit aux prestations de la Vaudoise Assurances pour la période postérieure au 3 octobre 2000.

3. a) De jurisprudence constante, le juge apprécie en règle générale la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus

postérieurement et qui ont modifié cette situation devant en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1 ; ATF 121 V 362 consid. 1b). Même s'il a été rendu ultérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit toutefois être pris en considération, dans la mesure où il a trait à la situation antérieure à cette date (ATF 99 V 98 consid. 4 et les références citées ; TF 9C_931/2008 du 8 mai 2009, consid. 4.3).

b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

c) Dans un arrêt 8C_262/2008 du 11 février 2009 (consid. 2 et 3), notre Haute Cour a précisé ce qui suit :

(...) 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

(...) Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75])(...). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «*post hoc, ergo propter hoc*»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 340 ss; arrêt U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient

en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 p. 337 sv.; 117 V 359 consid. 4b p. 360 sv.). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 121 ss).

(...) Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, 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. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident 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.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

(...) 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 cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 366 sv.; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; arrêt U 249/01 du 30 juillet 2002 [RAMA 2002 n. U 470 p. 531]). Par ailleurs, toujours en relation avec l'appréciation du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de type «coup du lapin» et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, le Tribunal fédéral a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10 p. 126).

Enfin, dans un arrêt U 61/02 du 12 mars 2003, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a précisé que la jurisprudence relative au "coup du lapin" (ATF 117 V 359) devait être appliquée lorsque les troubles psychiques pouvaient être relégués au second plan. Dans le cas contraire c'est la jurisprudence sur les troubles psychiques (ATF 115 V 133) qui s'applique.

d) Le juge des assurances sociales doit examiner 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). Il faut en outre tenir compte du fait que le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; TF arrêts 8C_262/2008 du 6 février 2009 consid. 3.2 et 8C_425/2007 du 9 juillet 2008).

2. En l'espèce, la première question est de déterminer si la recourante a été victime d'un whiplash cervical. En effet, l'examen des critères relatifs à la causalité adéquate fait l'objet d'une jurisprudence particulière selon laquelle en matière de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.) (cf. arrêt 8C_425/2007 op. cit. consid. 3 in fine).

Suivant les constatations de l'expert neurologue P._____ dont le rapport a valeur probante, lesquelles concordent avec les conclusions des autres somaticiens et l'emportent sur les constats peu étayés du Dr F._____, l'atteinte à la santé consiste en une distorsion cervicale simple, sans élément pour conclure à une atteinte majeure du système locomoteur et nerveux. L'examen du Dr X._____ du 27 octobre

2000 conclut à un syndrome cervical avec des contractures paravertébrales et cervico-scapulaires prédominant du côté droit. Aussi, les symptômes constituant le tableau clinique typique du whiplash cervical ne sont pas réalisés.

Il reste à examiner le lien de causalité entre les troubles ressentis par l'intéressée et l'accident du 3 avril 2000.

S'agissant des atteintes physiques, on admettra, conformément aux conclusions de l'expertise P._____, que ces troubles ne sont plus en lien de causalité avec l'accident après le 3 octobre 2000.

Pour l'examen de la causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par l'assurée et le sinistre incriminé, la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133) est applicable, car ces troubles apparaissent au premier plan (cf. arrêt U 61/02, op. cité). Il y a donc lieu de qualifier l'accident en fonction des trois catégories retenues par la jurisprudence citée (cf. supra consid. 3b). En percutant une voiture arrêtée en bordure de route, la recourante a été victime d'un accident de catégorie moyenne à la limite avec les accidents de peu de gravité, de sorte qu'il faut prendre en considération les critères cités dans l'arrêt précité (ATF 115 V 133 (cf. supra, consid. 3c).

A cet égard, on relèvera que les circonstances concomitantes n'ont pas été particulièrement dramatiques et que l'accident (heurter un véhicule à l'arrêt sur le bord de la route) n'avait pas un caractère particulièrement impressionnant. Les lésions causées n'ont pas été spécialement graves, l'assurée n'ayant subi qu'une distorsion cervicale simple, selon le Dr P._____, lequel a aussi relevé l'absence d'atteinte majeure du système locomoteur et nerveux. Au demeurant, la gravité ou la nature particulière des lésions physiques n'a pas été propre à entraîner des troubles psychiques développés. Le Dr B._____ (rapport du 7 octobre 2003) constate, au contraire, une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques ou sociales, voire des troubles dissociatifs. Pour le Dr G._____ (rapport du 9 mars 2005) c'est la non

reconnaissance médicale et sociale qui a eu pour conséquence le développement d'un épuisement physique et psychique aboutissant à un état dépressif. D'après les experts psychiatres, les troubles psychiques de l'intéressée semblent surtout liés à sa personnalité, voire à la façon dont elle a appréhendé les problèmes médicaux, professionnels et assécurationnels découlant de son accident. (Dr G._____, même rapport). Ils ne sont donc qu'en lien indirect avec ce sinistre.

Par ailleurs, à lire les constatations anamnestiques du Dr G._____, il faut admettre que le traitement a été long pour une atteinte réputée légère, soit jusqu'en décembre 2003, avec une hospitalisation au Q._____; il faut également constater la persistance de plaintes somatiques. Il n'y a toutefois pas eu de complications importantes. En outre, cette problématique physique n'est pas liée à une erreur dans le traitement médical censée entraîner une aggravation notable des séquelles de l'accident. Les difficultés rencontrées par la recourante au cours de la guérison ont été qualifiées de processus sinistrosique par le Dr G._____, pour qui la seule porte de sortie était que la recourante obtienne une reconnaissance, même partielle, de ses douleurs.

Enfin, le degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, ne devrait pas, selon l'expert P._____, dépasser six mois, soit la date du 3 octobre 2000. Cet avis l'emporte sur celui du psychiatre G._____, qui prétend qu'à la date de l'expertise, les éléments somatiques et psychiques aboutissent à une atteinte de 50% au moins. En effet, les conclusions du neurologue apparaissent seules déterminantes s'agissant d'apprécier la durée de lésions physiques.

En conclusion, s'agissant d'un accident de la catégorie moyenne, les différents critères ne sont pas réalisés de manière suffisamment intense pour remplir les conditions posées par la jurisprudence. La causalité adéquate entre les troubles psychiques invoqués et l'accident incriminé doit donc être niée.

3. En définitive, l'intimée soutient à juste titre qu'elle n'est plus tenue de verser ses prestations au-delà du 3 octobre 2000. La décision attaquée doit donc être confirmée, ce qui entraîne le rejet du recours.

4. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite, ni d'allouer de dépens (art. 61 let. a et g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté

- II.** La décision sur opposition rendue le 9 juillet 2007 par la Vaudoise Assurances est confirmée.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- Me Pierre Seidler (pour N. _____),
- Vaudoise Générale compagnie d'assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :