

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 septembre 2010

Présidence de M. JOMINI
Juges : Mme Röthenbacher et M. Gerber, juge suppléant
Greffier : Mme Vuagniaux

Cause pendante entre :

Z._____, à Pully, recourante, représentée par Me Daniel Richter, avocat à Zurich,

et

HELSANA ACCIDENTS SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 et 18 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ est employée de X._____ depuis 1991 et assurée à ce titre pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de B._____. Le 30 mai 2000, elle a été victime d'un accident de la route. Son véhicule, une [...], a été heurté à l'avant droit dans un rond-point par un autre véhicule dont le conducteur n'avait pas respecté la priorité. Aucun constat de police n'a été établi. L'assurée n'a pas souffert d'un heurt de la tête ni d'une perte de connaissance, mais d'une amnésie d'une durée de quelques secondes. Une demi-heure après l'accident, elle s'est effondrée et a ressenti des nausées ainsi que des douleurs au cou avec irradiation dans les épaules.

Deux jours après l'accident, l'assurée s'est rendue à l'hôpital M._____ pour des douleurs au bas de la nuque, avec irradiations dans les épaules lors de mouvements, de légers troubles de la sensibilité au bras gauche ainsi que parfois des nausées lors de tâches demandant de la concentration. La mobilité de la colonne cervicale était normale, mais douloureuse dans toutes les directions. Aucun déficit neurologique n'a été constaté et aucune lésion osseuse n'a été constatée. Une distorsion du rachis cervical a été diagnostiquée.

L'assurée a été en incapacité de travailler à 60 % du 1^{er} juin au 22 juillet 2000, à 70 % dès le 23 juillet 2000, à 80 % dès le 6 décembre 2000 et à 90 % dès le 3 août 2001.

En février 2001, l'état de santé de l'assurée s'est notablement péjoré avec une augmentation des douleurs cervicales et cérébrales. La thérapie a été alors modifiée, ce qui apporta une légère amélioration.

L'assurée a été examinée en date des 8 et 13 mars 2001 par le Dr F._____, neurologue FMH. Il a constaté que la mobilité de la tête était réduite de 20 % dans toutes les directions en raison de douleurs et que la partie supérieure des muscles trapèze était épaissie et

douloureuse. Quant au statut neurologique, il était sans particularité. Le spécialiste a diagnostiqué une distorsion latérale du rachis cervical consécutive à l'accident du 30 mai 2000. A son avis, les douleurs cervicales et cérébrales étaient bien compatibles avec un tel accident, même si, en raison du statut neurologique normal, la symptomatologie devait être liée principalement aux tissus mous. A cause des pertes de concentration et de mémoire dont l'assurée s'était plainte, on ne pouvait pas exclure une légère lésion cervicale.

Selon un rapport du médecin traitant, le Dr L._____, daté du 1^{er} mars 2002, l'état psychique de l'assurée s'était légèrement amélioré, mais les douleurs cervicales et cérébrales perduraient. Le processus de guérison était repoussé (« protrahierter Heilungsverlauf »).

A la demandB._____, l'assurée a été examinée les 9 et 23 août 2002 par le Dr D._____, neurologue FMH. Dans son rapport du 29 décembre 2002, il a relevé que l'assurée avait suivi un traitement physio-thérapeutique, des massages alternatifs et de la reconstruction musculaire. En date de l'examen, aucun traitement médical n'était poursuivi. La mobilité du rachis cervical n'était pas limitée et la musculature cervicale était souple, même si elle était douloureuse à la pression. Il a posé le diagnostic de syndrome cervical avec déséquilibre musculaire, de neurasthénie (F 48.0) et de status après collision automobile. Si certains des symptômes faisaient partie de ceux consécutifs à une distorsion du rachis cervical, d'autres ne pouvaient pas y être rattachés avec la vraisemblance nécessaire. Comme facteur étranger à l'accident, le rapport relevait la préexistence de migraines. Le Dr D._____ déclarait que, selon l'expérience générale, les vitesses étaient faibles dans un rond-point et qu'il n'y avait pas eu le mécanisme classique de la distorsion du rachis cervical. Les douleurs cervicales, difficultés de concentration et les troubles de l'attention étaient dans un rapport de causalité possible avec l'accident assuré. En revanche, la sensibilité exacerbée au bruit et aux odeurs ainsi que les nausées en cas de port d'habits serrés au niveau des épaules étaient sans rapport de causalité avec une distorsion du rachis cervical. Les plaintes de l'assurée relevaient

d'un processus de chronicisation, car les mesures thérapeutiques ne pouvaient apporter aucune amélioration. Selon le Dr D._____, aucun traitement ne pouvait plus améliorer la capacité de gain de l'assurée. La symptomatologie de celle-ci était la conséquence d'une extension (« Folge einer Ausweitung »), de sorte que l'incapacité de travail n'était plus exclusivement accidentelle. L'accident n'entraînait néanmoins plus à son avis de limitation de la capacité de travail de l'intéressée.

Le 21 janvier 2003, B._____ a informé l'assurée qu'elle mettait un terme au 31 décembre 2002 à la prise en charge des indemnités journalières et des frais de traitement en se fondant sur l'expertise du Dr D._____. En date du 24 janvier 2003, l'assurée a contesté la fin de la prise en charge des prestations ainsi que la validité de l'expertise du Dr D._____.

Selon une analyse du déroulement de l'accident de N._____ Assurances datant du 2 avril 2003 et réalisée sur la base des photos des véhicules accidentés, la collision s'est faite avec un angle de 50° et une modification de la vitesse de 7 km/h (valeur delta-v).

A la demande de l'assurée, son médecin traitant, le Dr S._____, privat-docent, rhumatologue FMH, a rendu un rapport daté du 9 juillet 2003 dans lequel il a diagnostiqué un syndrome cervico-vertébral et cervico-céphalique consécutif à l'accident du 30 mai 2000, de même qu'une symptomatologie cervico-brachiale avec hypoesthésie au pouce et index droit. Ce rapport prenait position de manière critique sur l'expertise du Dr D._____. A son avis, comme l'assurée n'avait jamais été traitée pour des plaintes cervico-vertébrales ou cervico-céphaliques avant l'accident assuré, il fallait admettre que ces plaintes étaient la conséquence de l'accident, d'autant qu'elles correspondaient bien aux conséquences d'une distorsion du rachis cervical. S'agissant des traitements, le Dr S._____ était d'avis qu'une amélioration importante de la capacité de travail de la patiente n'était pas à attendre, mais qu'en revanche un traitement était nécessaire pour maintenir la capacité actuelle de travail qui s'élevait à 80 %. Il estimait par ailleurs que le

rapport de causalité était aussi démontré par le fait qu'un processus de chronicisation avec élargissement des symptômes en direction de la fibromyalgie se présentait chez les victimes de distorsion cervicale de manière plus fréquente que dans la population normale.

Par courrier du 31 janvier 2004, le Dr D._____ a pris position sur les avis des Drs S._____ et F._____ et a maintenu sa position.

B. Le 16 juillet 2003, B._____ a rendu une décision par laquelle elle mettait un terme à la prise en charge des prestations d'assurances au 31 décembre 2002 en raison du défaut de causalité adéquate. L'assureur-maladie a fait opposition en date du 25 juillet 2003 avant de la retirer en date du 8 août 2003 après consultation du dossier. Le 9 septembre 2003, l'assurée a fait opposition en demandant la poursuite de la prise en charge des prestations ainsi que l'organisation d'une expertise interdisciplinaire rhumatologique et neurologique. Elle contestait notamment la validité de l'expertise du Dr D._____ en s'appuyant sur le rapport du 9 juillet 2003 de son médecin traitant, le Dr S._____.

C. L'assurée a été hospitalisée du 21 septembre au 28 octobre 2005 dans la clinique C._____ à la demande de son médecin traitant pour une réhabilitation stationnaire. Elle a suivi des traitements physiothérapeutiques, ergothérapeutiques et médicamenteux; elle a eu par ailleurs des entretiens réguliers avec un psychologue. Selon le rapport de sortie du 14 novembre 2005, les Drs G._____ et J._____ ont diagnostiqué un status après distorsion cervicale avec syndrome cervico-céphalique et spondylogène droit, une commotion cérébrale vraisemblable, des migraines sans aura et des douleurs neuropathiques sur la partie droite du visage. Il y ajouta une dysplasie des deux hanches et une intolérance à l'aspirine. Selon ce rapport, l'assurée souffrait d'un trouble dissociatif avec des attentes exagérées envers elle-même; il y avait toutefois le soupçon d'un trouble de l'adaptation avec une longue réaction dépressive. La capacité de travail de l'assurée a été réduite à 50 % dès la sortie de la clinique, puis augmentée à 60 % à partir du 6 mars 2006.

D. A la demande de Helsana Accidents SA (ci-après : Helsana), qui avait repris la police d'assurance de B._____, une expertise interdisciplinaire a été réalisée par les Drs V._____, neurologue FMH, P._____, rhumatologue FMH, et T._____, psychologue FSP en neuropsychologie, de la clinique W._____. Leur rapport du 22 juin 2007 posait les diagnostics suivants :

- status après accident avec vraisemblablement une distorsion cervicale, avec :
 - un syndrome brachial tendomyotique chronique doté :
 - de composants occipitaux/spondylogènes;
 - de signes d'un déséquilibre musculaire au niveau du cou, des épaules ainsi que lombosacral, principalement à droite;
 - d'une tendance à la symptomatologie de la fibromyalgie;
 - un trouble chronique post-traumatique de l'adaptation de type anxio-dépressif;
 - une réduction de l'aptitude à la charge psychophysique;
- une dysplasie des hanches, principalement à gauche;
- des attaques de migraines récidivantes, qui existaient déjà avant l'accident.

De l'avis des experts, les douleurs au niveau du cou avec participation occipitale et spondylogène pouvaient, d'un point de vue rhumatologique, bien être expliquées, mais un rapport de causalité avec l'accident ne pouvait pas être établi au niveau somatique, d'autant que ce genre de symptômes se retrouvait chez une majorité de patients qui n'avaient pas subi d'accident. Il y avait des indices forts d'une tendance au syndrome de fibromyalgie (tenderpoints positifs malgré des points de contrôle négatifs), ce qui pouvait expliquer les multiples symptômes somatiques et aussi neurovégétatifs. Un rapport de causalité avec l'accident serait ici aussi purement hypothétique. Aucune lésion somatique structurelle claire n'avait pu être constatée cliniquement ou

radiologiquement. L'indication de perte de conscience sans amnésie laissait supposer une commotion cérébrale, mais celle-ci était peu vraisemblable en l'absence d'un choc avec la tête. A la question de savoir si les plaintes de l'assurée étaient dans un rapport de causalité avec l'accident du 30 mai 2000, les experts ont répondu que ce lien de causalité existait avec une vraisemblance prépondérante : l'accident avait été ressenti par l'assurée comme une sorte de « césure » dans sa vie après laquelle elle n'avait plus pu s'intégrer professionnellement et avait dû se confronter en partie aussi avec davantage de difficultés psychosociales.

Les experts ont constaté que l'assurée n'avait pas reçu un traitement actif de son syndrome cervico-vertébral, mais avait suivi essentiellement un traitement passif et alternatif qui ne lui avait pas permis d'apprendre à gérer la douleur. Le taux d'activité de 60 % était certes une limite personnelle de l'assurée, mais il n'y avait aucun indice médico-somatique qui aurait été susceptible d'expliquer une limitation durable de la capacité de travail. La diminution de l'aptitude à la charge était une conséquence d'un déconditionnement général, contre lequel il convenait de lutter avec une thérapie ciblée; avec une thérapie d'entraînement (« Trainingstherapie ») et un apprentissage de stratégies de « coping », l'assurée devait pouvoir, au plus tard dans un an et demi, assumer un travail à plein temps. De même, d'un point de vue psychologique, la manière de penser et de se comporter de la patiente devait être qualifiée de fortement chronifiée, celle-ci ayant toutefois les ressources pour changer la direction. En raison de la chronicisation des plaintes et du trouble post-traumatique de type anxio-dépressif, l'aptitude psychophysique à la charge était encore réduite, de sorte que les experts évaluaient l'incapacité de travail de cause accidentelle à 40 % dans son activité d'expert comptable et fiscal. L'assurée pouvait accomplir les travaux de ménage légers à moyennement lourds. Elle devait en revanche s'abstenir du port de charge de plus de 10 à 15 kg, des travaux au-dessus de la tête et des travaux lourds de nettoyage.

E. Dans un courrier du 2 juillet 2008 adressé à Helsana Accidents SA, le conseil de la recourante, Me Daniel Richter, avocat à Zurich, a constaté que depuis l'expertise de la clinique W._____, l'état de santé de l'intéressée ne s'était pas amélioré au point que sa capacité de travail pût être augmentée.

F. Le 24 septembre 2008, Helsana a rendu une décision sur opposition, notifiée en date du 25 septembre 2008. Elle a admis partiellement l'opposition en mettant un terme aux prestations non pas en date du 31 décembre 2002 mais au 31 décembre 2005. Elle se fondait sur le fait que l'opposante allait mieux de son propre aveu après le séjour à la clinique C._____ et que son état de santé avait stagné depuis. Elle a en revanche estimé qu'il n'y avait plus après cette date de rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé. Si l'accident pouvait être qualifié de moyennement grave, à la limite des accidents de peu de gravité, seuls deux des critères prévus par la jurisprudence (ATF 134 V 109 ss) étaient remplis, à savoir celui de l'existence de douleurs importantes et celui de l'incapacité de travail, même si l'on pouvait douter que celle-ci soit entièrement due à un accident.

G. Toujours par l'intermédiaire de son conseil, Z._____ a recouru devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 24 septembre 2008 par acte du 27 octobre 2008, complété le 17 novembre 2008. Elle a d'abord contesté la fin de la prise en charge des prestations en date du 31 décembre 2005, relevant que les experts de la clinique W._____ n'avaient pas fixé de statu quo sine/ante, estimant que des traitements psychothérapeutiques et physiothérapeutiques étaient susceptibles d'améliorer graduellement sa capacité de travail. Elle a également critiqué l'appréciation faite par l'autorité intimée de la causalité adéquate, estimant d'une part que la majorité des diagnostics établis par l'expertise de la clinique W._____ faisaient apparaître des symptômes de nature psychosomatique, d'autre part que cinq des critères pertinents pour la causalité adéquate étaient remplis (erreur médicale, douleurs importantes, processus de guérison

difficile, longue incapacité de travail, gravité ou spécificité de la blessure). La recourante demandait en substance la réforme la décision attaquée dans le sens d'une prise en charge des suites de l'accident au-delà du 31 décembre 2005.

H. Dans sa réponse du 5 février 2009, Helsana a conclu au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. a) 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 et applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), 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).

b) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, délai qui s'achevait le lundi 27 octobre 2008 en vertu de l'art. 38 al. 3 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1), le recours est recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 décembre 2005, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 30 mai 2000.

3. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. S'il est totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPG) à la suite de l'accident, il a droit à une indemnité journalière. Le droit à l'indemnité prend naissance le troisième jour qui suit celui de l'accident et s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Enfin, si l'assuré est invalide (art. 8 LPG) à 10 % au moins par suite de l'accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme (art. 19 al. 1, 1^{ère} phrase, LAA). Il faut en principe que l'état de l'assuré puisse être considéré comme stable d'un point de vue médical (Frésard / Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht (SBVR), 2^e éd., no 153 p. 895; Alfred Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, 1985, pp. 274 et 372).

b) Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente au sens de l'art. 19 al. 1 LAA (art. 19 al. 1, 2^e phrase, LAA). Il cesse également s'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré et qu'aucune mesure de réadaptation de l'assurance-invalidité n'entre en considération, mais qu'aucune rente n'est allouée parce que l'assuré présente un taux d'invalidité inférieur au seuil de 10 % prévu par l'art. 18 al. 1 LAA (ATF 134 V 109 consid. 4.1 p. 113 ss; 133 V 57 consid. 6.6.2 p. 64).

c) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la

santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a p. 138; 118 V 293 consid. 2c p. 296).

4. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont 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. 341 ss; RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss, consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard / Moser-Szeless, op. cit., no 79 p. 865).

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'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 de l'assuré 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; TFA U_61/91 du 18 décembre 1991 [RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b]; Frésard / Moser-Szeless, op. cit., no 80, p. 865).

5. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et les références).

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement

accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss, 117 V 369 consid. 4 p. 382 ss, 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss, 115 V 403 consid. 5 p. 407 ss). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 115 V 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV no 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103 et SVR 2007 UV no 8 p. 27, consid. 2 ss, TFA U_277/04 du 30 septembre 2005 et les références).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (RAMA 2001 no U 412 p. 79 consid. 2b [U_96/00]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125; TF 8C_957/2008 du 1^{er} mai 2009, consid. 4.2, 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 3.2 et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

6. a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour

lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 251 consid. 3a et les références; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

b) Si la valeur probante de l'expertise de la clinique W. _____ est incontestée par les parties et incontestable, la recourante soutient qu'il convient de dénier la valeur probante à l'expertise faite par le Dr D. _____ en date du 29 décembre 2002 sur la base des examens des 9 et 23 août 2002. Elle invoque d'abord le fait que cette expertise aurait été ordonnée en violation de l'art. 44 LPGA sans communication préalable du nom de l'expert et des questions posées. Or, indépendamment du fait que l'art. 44 LPGA est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2003, soit après la réalisation de l'expertise, le nom de l'expert avait été communiqué à la recourante le 24 juin 2002. Quant aux questions posées à l'expert, ni le droit antérieur à l'entrée en vigueur de la LPGA ni l'art. 44 LPGA et la jurisprudence y relative ne garantissent un droit à pouvoir se prononcer préalablement sur les questions posées à l'expert (ATF 133 V 446). Il suffit que la partie puisse se prononcer sur l'expertise et déposer des demandes d'instruction complémentaire, ce que la recourante a pu faire en l'espèce par courrier du 24 janvier 2003.

La recourante soutient par ailleurs que le Dr D. _____ a outrepassé ses compétences de neurologue en se prononçant sur la dynamique de l'accident. Si l'analyse faite par le Dr D. _____ du déroulement de l'accident sur la seule base de l'expérience générale

concernant la vitesse dans les ronds-points ne saurait être considérée comme suffisamment motivée pour avoir force probante, il n'en demeure pas moins qu'elle est corroborée par l'analyse du déroulement de l'accident de N._____ Assurances datant du 2 avril 2003. Il n'est toutefois pas nécessaire de trancher cette question, car, comme nous le verrons, la question de savoir si la recourante a subi une distorsion du rachis cervical lors de l'accident du 30 mai 2000 peut être laissée ouverte.

7. La recourante soutient en premier lieu que la décision attaquée applique à tort la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral. A son avis, il ressort de l'expertise interdisciplinaire de la clinique W._____ qu'elle souffre de symptômes majoritairement de nature psychosomatique mais objectivement constatés. En substance, la recourante conteste que les atteintes à la santé remplissent la condition de l'absence de preuve de déficit organique consécutive à l'accident. Elle semble ainsi faire valoir que le rapport de causalité devrait être examiné conformément à la seule causalité naturelle.

a) On peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010, consid. 5.3, 8C_216/2009 du 28 octobre 2009, consid. 2 avec référence).

b) L'expertise interdisciplinaire de la clinique W._____ a relevé que les examens neurologiques et radiologiques ne mettaient en évidence aucune lésion traumatique ni résidus post-traumatiques. Quant au déséquilibre musculaire dans la région du cou et de l'épaule qui était objectivement constaté, cette expertise relève qu'un lien de causalité avec l'accident assuré ne peut pas être établi au niveau somatique (rhumatologique), d'autant qu'une telle symptomatologie se retrouve chez

de nombreuses personnes sans cause accidentelle connue. De même, le syndrome tendomyotique n'est pas avec une vraisemblance prépondérante une conséquence de l'accident assuré, car les tendopathies peuvent avoir différentes causes et sont en principe considérées comme de nature dégénérative (TF 8C_217/2008 du 20 mars 2009, consid. 6.2 avec référence, 8C_802/2008 du 8 juillet 2009, consid. 4.1 avec références). Les atteintes organiques constatées objectivement ne peuvent donc pas être considérées avec une vraisemblance prépondérante comme des conséquences objectivement avérées de l'accident assuré. L'avis contraire du Dr S._____, médecin traitant de la recourante, ne suffit pas pour mettre en question cette conclusion, car il repose essentiellement sur un raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » qui n'est pas admis comme décisif. Quant à la fibromyalgie dont l'expertise interdisciplinaire de la clinique de réadaptation W._____, diagnostique une tendance chez la recourante, il ne s'agit pas d'une atteinte organique objectivement avérée (TF 8C_217/2008 du 20 mars 2009, consid. 7.1; 8C_649/2007 du 22 février 2008, consid 4.3; cf. aussi ATF 132 V 65). Il en découle que c'est à juste titre que l'autorité intimée a analysé le rapport de causalité adéquate selon les règles applicables en cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique.

8. La recourante soutient par ailleurs que le cas a été clos trop tôt et la causalité adéquate examinée de manière prématurée, car l'expertise de la clinique W._____ a constaté que des traitements psychothérapeutiques et physiothérapeutiques étaient susceptibles d'améliorer la capacité de travail de l'assurée. Selon l'autorité intimée, l'état final était atteint déjà en décembre 2002. On peut attendre de l'assurée qu'elle entreprenne de sa propre initiative et de manière autonome les démarches d'entraînement nécessaires en vue du reconditionnement, de sorte que l'état de déconditionnement ne fait pas obstacle à l'atteinte de l'état médical final. L'autorité intimée relève par ailleurs que les mesures proposées par les experts de la clinique W._____ avaient déjà été mises en oeuvre sans succès durable lors du séjour à la clinique C._____.

a) Selon la jurisprudence, la causalité adéquate ne doit être examinée qu'à la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, donc lorsqu'une amélioration sensible de la santé de l'assurée avec effet sur sa capacité de travail ne peut plus être escomptée (ATF 134 V 109 consid. 4, en particulier 4.3).

b) Dans la mesure où la prise en charge des prestations d'assurance jusqu'au 31 décembre 2005 n'est pas controversée, il n'y a pas lieu de déterminer si l'état de santé de la recourante était déjà stabilisé en 2002.

c) L'expertise de la clinique W._____ a estimé qu'une thérapie médicale d'entraînement (« Trainingstherapie ») qui se déroulerait pendant un à trois mois sous surveillance d'un physiothérapeute, ainsi qu'un apprentissage de stratégies de « coping » au travers d'un soutien psychothérapeutique permettrait à la recourante d'augmenter progressivement son taux d'activité à 100 % après une année et demie. Ces mesures visent à lutter contre le déconditionnement dans lequel la recourante se trouve. Malgré le fait que les plaintes, la manière de penser et de se comporter de l'assurée doivent être qualifiés de fortement chronifiés, il « semblait » aux experts qu'un changement de direction était encore possible en raison des nombreuses ressources de l'assurée.

d) Lors du séjour à la clinique C._____ du 21 septembre au 28 octobre 2005, la recourante a suivi des traitements physiothérapeutiques qui consistaient principalement en une thérapie craniale et des techniques des tissus mous. La recourante y a appris aussi des exercices de relaxation musculaire progressive. Lors des entretiens avec le psychologue, elle a pu selon le rapport de sortie développer des stratégies de gestion des douleurs. Lors de l'ergothérapie, la recourante a entraîné l'augmentation de la charge au travers de situations relevant du quotidien ainsi qu'en partie avec des activités de loisirs.

A la sortie, la clinique C._____ avait donné à l'assurée un programme physiothérapeutique à suivre à la maison avec une ordonnance pour la poursuite du traitement de physiothérapie. Selon le rapport de sortie, l'assurée avait déclaré se sentir mieux, mais objectivement la mobilité de la colonne vertébrale restait inchangée. Le rapport de sortie recommandait la poursuite d'un accompagnement psychothérapeutique.

e) Comme le relève l'autorité intimée, les mesures proposées par les experts de la clinique W._____ s'apparentent à celles déjà menées dans le cadre du séjour à la clinique C._____. Or, lors de l'expertise à la clinique W._____ en décembre 2006, la recourante déclara s'être simplement sentie mieux après le séjour à la clinique C._____, ayant moins de douleurs au niveau du cou et de la tête. L'assurée faisait toutefois valoir une stagnation des douleurs. Durant l'année après le séjour à la clinique, la capacité de travail qui avait été réduite à 50 % après le séjour à la clinique C._____ n'avait pu être augmentée que de 10 %. Elle n'avait ainsi même pas retrouvé la capacité de travail qu'elle avait précédemment. De plus, lors de la décision attaquée, soit plus d'une année et demie après l'examen fait par la clinique W._____, cette capacité de travail était, selon le recours, inchangée à 60 %. Cela étant, il apparaît que l'estimation faite par les experts de la clinique C._____, selon laquelle un traitement physiothérapeutique et la reprise de l'apprentissage psychothérapeutique de stratégies de gestion de la douleur permettraient une amélioration de la capacité de travail jusqu'à retrouver une pleine capacité de travail était extrêmement optimiste. Dans un courrier du 2 juillet 2008 adressé à l'intimée, le conseil de la recourante relevait d'ailleurs que depuis l'expertise, l'état de santé de la recourante ne s'était pas amélioré au point que sa capacité de travail puisse être augmentée. Dans la mesure où l'essentiel des effets escomptés par les experts de la clinique W._____ reposaient en fait sur le travail propre de l'assurée, l'autorité intimée pouvait valablement, lors de la décision attaquée, clore le cas en estimant improbable une amélioration sensible de la capacité de travail qui était

restée inchangée depuis le 6 mars 2006. Il en découle que la causalité adéquate n'a pas été examinée de manière prématurée.

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

10. Dans un premier temps, il faut procéder à la classification de l'accident sous l'angle de sa gravité. A cet effet, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U_214/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

D'après la décision attaquée, il s'agit d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. En effet, l'analyse de la mécanique de l'accident établie par N._____ Assurances retient un delta-v de 7 km/h. Selon la jurisprudence, une collision avec une différence de vitesse de moins de 10 à 15 km/h est rattachée en règle générale aux accidents moyennement graves, à la limite des accidents de peu de

gravité (TF 8C_644/2009 du 17 mars 2010, consid. 5.3 avec d'autres références). Les circonstances du cas d'espèce ne conduisent pas à une classification différente. La recourante ne le soutient d'ailleurs pas.

11. Si l'on nie l'existence d'une distorsion du rachis cervical, le rapport de causalité adéquate pour les symptômes postérieurs au 31 décembre 2005 devrait être analysé selon les règles applicables aux troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403). En effet, selon l'expertise de la clinique W._____, les atteintes à la santé de la recourante sont la conséquence de la manière dont la recourante a ressenti l'accident assuré comme une césure dans sa vie.

a) La jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 ss, 403 consid. c p. 408).

Ces critères sont appliqués en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques.

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

12. Si l'on admet l'existence d'une distorsion du rachis cervical, il faudrait examiner si les troubles psychiques en cause constituent de simples symptômes du traumatisme vécu ou si, au contraire, ils expriment une atteinte à la santé (secondaire) indépendante. La délimitation entre ces deux cas de figure s'effectue notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets étrangers à l'accident et du déroulement temporel (TFA U_106/03 du 25 janvier 2005, consid. 5.3; RAMA 2001 n° U 412 p. 79).

a) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la

causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b [U 273/99]) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 ss.; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 3.2, et 8C_591/2007 du 14 mai 2008, consid. 3.1).

b) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;
- l'intensité des douleurs;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré

sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 ss consid. 3b).

13. En l'espèce, la recourante a fait valoir plusieurs symptômes qui appartiennent au tableau clinique typique des séquelles qu'un traumatisme analogue au « coup du lapin », tel que le choc latéral subi, est susceptible d'avoir causé (TFA U_361/05 du 16 août 2006, consid. 3.1) : douleurs cervicales, nausées, fatigabilité, troubles de la mémoire et de la concentration. Selon l'expertise de la clinique W._____, les plaintes de l'assurée sont, avec une vraisemblance prépondérante, la conséquence de l'accident du 30 mai 2000, car elles sont dues à la manière dont l'accident a été ressenti par l'assurée, à savoir comme une sorte de « césure » dans sa vie après laquelle elle n'a plus pu s'intégrer professionnellement et a dû se confronter en partie aussi avec davantage de difficultés psychosociales.

S'agissant toutefois de la fibromyalgie, la jurisprudence ne la considère pas comme un symptôme qui appartient au tableau clinique typique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin » ou d'un traumatisme analogue. Elle la qualifie d'atteinte à la santé secondaire indépendante, de sorte que la causalité adéquate doit dans un tel cas être analysée en principe selon les critères de l'ATF 115 V 133 pour les accidents avec des séquelles psychiques (TF 8C_217/2008 du 20 mars 2009, consid. 7.1 avec références). En l'espèce, l'expertise de la clinique W._____ a diagnostiqué chez la recourante des indices forts d'une tendance au syndrome de fibromyalgie. Ce diagnostic fait sept ans après l'accident n'est toutefois pas suffisamment tranché pour admettre que les symptômes qui appartiennent au tableau clinique typique des séquelles d'une distorsion du rachis cervical ont été relégués au second plan peu après l'accident ou qu'ils n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate. Il en va de même pour les autres atteintes psychiques diagnostiquées par cette même expertise (trouble de l'adaptation chronique post-traumatique de type anxio-dépressif et réduction de l'aptitude psychophysique à la charge).

Par voie de conséquence, l'existence d'une causalité adéquate doit être examinée en application des critères fixés par l'arrêt ATF 134 V 109 consid. 10.3.

a) La décision attaquée admet que tout au plus deux critères sont remplis (douleurs importantes, incapacité de travail de longue durée), mais déclare que cela est insuffisant pour démontrer la causalité adéquate. La recourante soutient en revanche que trois autres critères sont remplis en l'espèce : erreur médicale, processus de guérison difficile, gravité ou spécificité de la blessure. Les deux parties admettent ainsi à juste titre que les deux critères restant (circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou caractère particulièrement impressionnant de l'accident, administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible) ne sont manifestement pas remplis.

b) Selon la jurisprudence, le critère de l'erreur médicale requiert qu'un traitement erroné ait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 10.2.5). L'expertise de la clinique W._____ a relevé que la recourante n'avait pas reçu un traitement actif de son syndrome cervico-vertébral, mais avait suivi essentiellement un traitement passif et alternatif qui ne lui avait pas permis d'apprendre à gérer la douleur. De l'avis des experts, il s'agit d'un management médical qui n'était pas optimal : la patiente aurait dû être amenée à développer des stratégies de « coping » pour la gestion de la douleur. Contrairement à ce que soutient la recourante, un « management médical pas optimal » n'équivaut pas à une erreur médicale. Le critère n'est donc pas rempli.

c) Selon la jurisprudence, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ne doivent pas être réalisées cumulativement. La simple durée du traitement médical et des douleurs ne suffit pas. Il faut des facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U_56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.6 avec références). Les atteintes psychiques qui font partie du tableau clinique

typique d'un traumatisme tel qu'une distorsion du rachis cervical (en particulier le trouble chronique post-traumatique de l'adaptation de type anxio-dépressif diagnostiqué par la clinique W._____) ne constituent pas des difficultés apparues en cours de guérison (TF 8C_491/2007 du 28 décembre 2007, consid. 4.2.5 avec références). Quant à la fibromyalgie éventuelle de la recourante, elle ne constituerait pas non plus une telle difficulté, car sa présence exclurait l'application des critères de l'ATF 134 V 109. Le fait que le médecin traitant de la recourante, le Dr L._____, ait déclaré dans son rapport du 1^{er} mars 2002 que le processus de guérison était repoussé (« protrahierter Heilungsverlauf ») ne suffit pas. De même, le fait qu'une amélioration de l'état de santé n'ait pas été obtenue malgré les différentes thérapies appliquées ne suffit pas non plus pour admettre l'existence de difficultés apparues au cours de la guérison (TF 8C_542/2008 du 20 novembre 2008, consid. 5.7). A la rigueur pourrait-on admettre que l'incapacité de la recourante à gérer et à surmonter ses douleurs, ce qui selon l'expertise de la clinique W._____ a contribué décisivement à la chronicisation des symptômes, pourrait être reconnue comme un facteur particulier qui a fait obstacle au processus de guérison et a entraîné des difficultés. Même si le critère des difficultés apparues au cours de la guérison est ainsi à la rigueur rempli, mais il ne l'est pas de manière particulièrement manifeste ni prononcée.

d) Une distorsion du rachis cervical ne constitue pas en soi une lésion d'une gravité ou d'une nature particulière (ATF 134 V 109 consid. 10.2.2). Contrairement à ce que soutient la recourante, une telle distorsion causée par un choc latéral ne suffit pas non plus à elle seule non plus pour remplir le critère (TF 8C_52/2008 du 5 septembre 2008, consid. 8.2; 8C_590/2008 du 3 décembre 2008, consid. 5.2). La jurisprudence a admis que ce critère était rempli dans un cas où la colonne vertébrale était déjà fortement endommagée avant la distorsion (TF 8C_999/2008 du 30 juillet 2009, consid. 5.2.2; 8C_542/2008 du 20 novembre 2008, consid. 5.3). Tel n'est pas le cas en espèce. Le critère n'est donc pas rempli.

e) Selon la jurisprudence, le critère des douleurs importantes requiert non seulement que l'assurée ait subi des douleurs qui, de manière plausible, la gênent considérablement dans la vie quotidienne mais aussi que ces douleurs aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'espèce, la recourante avait repris son activité lucrative à un taux de 80 % dès décembre 2000, puis de 90 % dès août 2001, avant de redescendre à 80 % en 2003 puis à 50 et 60 % à la fin 2005. Selon le rapport du Dr F. _____ du 15 mars 2001, la recourante souffrait de douleurs au cou et à la tête; il suffisait d'un faux mouvement, voire même d'une rotation de la tête, pour provoquer des douleurs intenses. Selon le rapport du Dr D. _____ du 29 décembre 2002, la recourante était physiquement épuisée après le moindre effort et avait des douleurs lancinantes occipitales. Selon le rapport de son médecin traitant le Dr S. _____, daté du 9 juillet 2003, les douleurs conjointes aux difficultés de concentration ont réduit la capacité de travail de la recourante et ses activités de loisirs au point qu'elle ne peut plus faire de vélo ou de la voile. Selon l'expertise de la clinique W. _____, la recourante ne peut plus travailler à plus de 60 % et ne peut presque rien faire dans le ménage ni avoir d'activités sportives sous peine d'exacerber les douleurs. Si la plausibilité des douleurs ressenties par la recourante n'est pas contestée, il n'est pas sûr que pendant la période entre août 2001 et 2003 où la recourante a travaillé à temps presque complet les douleurs puissent être considérées comme ayant été une gêne considérable dans la vie quotidienne; une limitation des activités de loisirs n'est pas suffisante à cet égard. A tout le moins, ce critère n'a pas été rempli de manière particulièrement prononcée pendant cette période.

f) S'agissant du critère de l'importance de l'incapacité de travail, il est douteux qu'une incapacité de travail de 20 % ou moins entre décembre 2000 et septembre 2005 puisse être qualifié d'importante. A tout le moins, ce critère n'a pas été rempli de manière particulièrement prononcée.

g) En conclusion, tout au plus trois des critères sont remplis, sans qu'aucun d'entre eux ne le soit de manière particulièrement intense. Or, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., ch. 39 et les références). Trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisent pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C_321/2010 du 29 juin 2010, 8C_89712009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 et 8C_421/2009 du 2 octobre 2009, consid. 5.8, avec références).

14. En conséquence de ce qui précède, il n'y a pas de rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé de la recourante après la fin des prestations au 31 décembre 2005. C'est à juste titre que la décision attaquée a mis un terme à l'octroi des prestations légales. Dans la mesure où la prise en charge des prestations légales avant le 31 décembre 2005 n'est pas litigieuse, il n'est pas nécessaire de statuer si le rapport de causalité était déjà rompu avant cette date.

Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition de Helsana Accidents SA du 24 septembre 2008 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais, 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 Daniel Richter, avocat (pour Z. _____)
- Helsana Accidents 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 :