

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 mai 2010

Présidence de Mme THALMANN
Juges : MM. Bidiville et Pittet, assesseurs
Greffier : M. Bichsel

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Jean Jacques
Schwaab, avocat à Lausanne,

et

M. _____ **SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____, née en 1971, était employée en qualité d'auxiliaire de santé au service de [...], à Lausanne, et assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la M.____ SA (la caisse). Le 19 décembre 2007, elle a été victime d'un accident de la circulation, dont les circonstances exactes, respectivement les suites directes, ont été décrites comme il suit dans un rapport établi par un expert en dommages de la caisse suite à un entretien avec l'assurée du 2 avril 2008:

"Mme A._____ a été victime d'un accident de la circulation, le mercredi 19.12.07 vers 19.00 heures" [...] "Au passage du feu orange, elle s'est arrêtée, ce qui a probablement surpris l'automobiliste qui la suivait." [...] "Elle regardait droit devant elle au moment de la collision, laquelle est intervenue lorsqu'elle se trouvait pratiquement à l'arrêt." [...] "La collision a été ressentie, aux dires de l'assurée, comme forte et sèche." [...]

"Mme A._____ avait sa ceinture attachée. Elle pense que les douleurs à l'épaule gauche et sur la partie du thorax proviennent du port de la ceinture. Elle n'a pas heurté le volant avec son corps et elle n'a pas l'impression d'avoir eu un mouvement en arrière contre le siège ou l'appui tête. Elle n'a pas du tout perdu connaissance, ni été étourdie par le choc, tout au plus troublée dans la mesure où il s'agissait de son premier accident de circulation. Elle est sortie immédiatement, n'a rien constaté de particulier à son véhicule. La dame responsable lui a donné ses coordonnées et étant donné l'affluence du trafic en cette soirée de nocturne, les deux automobilistes ont préféré quitter les lieux, sans faire appel à la police ou signer un constat.

Le lendemain de l'accident, elle s'est rendue à l'Hôpital Orthopédique en raison de douleurs à l'épaule gauche et au thorax." [...]

Comme elle avait congé jusqu'au 23.12.07, elle pensait que les douleurs allaient s'estomper. Elle a recommencé le travail, le lundi 24.12.07, ainsi que le mardi 25.12.07. C'est alors, soit au moment de la reprise du travail, que l'assurée a commencé à ressentir des douleurs cervicales, des douleurs dorsales et lombaires, avec des fourmillements aux mains et une perte de sensation des mains. Elle s'est donc rendue le même jour, à 11.00 heures au [...], examinée par le Dr G._____ qui lui a prescrit un arrêt de travail à 100 % jusqu'au 01.01.08." [...]

L'incapacité totale de travail attestée par le Dr G._____ a été prolongée jusqu'au 3 février 2008 par la Dresse C._____, généraliste FMH et médecin traitant de l'intéressée, selon deux certificats médicaux

établis par cette praticienne les 7 et 18 janvier 2008. La caisse a pris en charge les suites du cas.

Dans un rapport médical initial LAA établi le 3 février 2008, la Dresse C._____ a posé les diagnostics de contusion directe par la ceinture du haut du thorax gauche et de l'épaule, ainsi que de contractures musculaires cervicales secondaires à l'entorse de la colonne cervicale. Il était mentionné que l'assurée avait consulté le Dr M._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, en raison d'une réactivation d'un "*problème*" à l'épaule gauche - l'intéressée s'étant en effet blessée à cette épaule en février 2007, en déplaçant un objet lourd. Sa capacité de travail, réputée nulle jusqu'au 3 février 2008, était portée à 50 % dès le 4 février 2008, et ce jusqu'à un contrôle prévu le 25 février 2008 auprès du Dr M._____.

L'assurée a tenté une reprise de son activité, à 50 %, dès le 4 février 2008. Il résulte des pièces versées au dossier que, son activité n'ayant pas été adaptée par son employeur dans toute la mesure requise, elle a dû prendre en charge des "cas lourds", ce qui a occasionné une exacerbation de ses douleurs et une réactivation des problèmes à son épaule gauche. Le Dr M._____ a dès lors attesté, dans un certificat médical du 25 février 2008, une nouvelle incapacité totale de travail, d'une durée probable de "*minimum encore 15 jours*". Compte tenu de la persistance de fourmillements, ce médecin a adressé l'intéressée au Dr J._____, médecin praticien FMH spécialisé en chirurgie orthopédique, lequel a reconduit l'incapacité totale de travail de l'intéressée dans des certificats médicaux des 29 février et 12 mars 2008.

Dans un rapport médical intermédiaire établi le 17 mars 2008, le
le
Dr J._____ a retenu le diagnostic de contracture périscapulaire gauche d'origine post-traumatique, relevant que l'évolution était favorable après traitement par physiothérapie et anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), avec diminution progressive des douleurs. L'incapacité totale de travail de l'intéressée n'en était pas moins prolongée jusqu'au 7 avril

2008, date prévue de la prochaine consultation - elle sera alors prolongée par ce médecin jusqu'au 14 avril 2008.

Une imagerie par résonance magnétique (IRM) cervicale de l'assurée a été réalisée le 11 avril 2008; le rapport y relatif a conclu à des "*altérations modérées de signal de plusieurs disques intervertébraux, sans conflit de racine ni canal étroit*". Un rapport établi suite à une IRM des articulations sterno-costales pratiquée le 15 avril 2008 a en outre conclu à l'absence de lésion thoracique pariétale antérieure visible en IRM, en particulier à l'absence de fracture sternale.

Le Dr J._____ a prolongé l'incapacité totale de travail de l'assurée dans des certificats médicaux des 16 avril et 5 mai 2008. Dans un rapport médical intermédiaire établi le 20 mai 2008, ce médecin a posé les diagnostics d'omalgies et scapulalgies droites d'origine post-traumatiques, ainsi que de cervicalgies, relevant en particulier, s'agissant de l'évolution du cas, la persistance de douleurs à l'épaule droite et à la colonne cervicale, malgré leur diminution.

L'intéressée a déposé le 28 mai 2008 une demande de prestations de l'assurance-invalidité, tendant à l'octroi de mesures professionnelles, respectivement d'une rente.

La Dresse P._____, spécialiste FMH en anesthésiologie consultée dès le mois de mai 2008, a confirmé l'incapacité totale de travail présentée par l'intéressée. Elle l'a adressée au Dr Q._____, spécialiste FMH en neurologie, lequel a évoqué dans un rapport du 26 juin 2008 la présence d'une symptomatologie myofasciale.

Dans un rapport établi le 12 juillet 2008, la Dresse P._____ a posé le diagnostic de "*Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II (Quebec Whiplash Task Force 1995), Syndrome myofascial régional cervical et dorsal*", relevant la présence de cervicalgies avec des blocages, de douleurs irradiant dans les deux bras et de paresthésies dans les doigts - avec de nombreux "Trigger Points" dans

les muscles concernés. La Dresse P. _____ a prolongé l'incapacité totale de travail de l'assurée, dans des certificats médicaux établis les 26 août et 1^{er} octobre 2008.

La caisse a décidé la mise en œuvre d'une expertise, réalisée le 29 août 2008 par le Dr T. _____, spécialiste FMH en rhumatologie auprès du [...], à [...]. Dans le rapport y relatif, établi le 5 novembre 2008, ce rhumatologue a posé les diagnostics de cervicalgies et inter scapulalgies chroniques, ainsi que de fibromyalgie, étant notamment précisé ce qui suit:

"Situation actuelle

Mme A. _____ présente aujourd'hui un tableau clinique, de plaintes et comportement, qui s'apparente d'avantage à celui d'une fibromyalgie que celui d'une entorse cervicale proprement dite.

L'examen clinique démontre un syndrome douloureux chronique manifeste comportant de nombreux signes de non-organicité en l'absence de tout déficit neurologique.

Synthèse et conclusions

Le diagnostic d'entorse cervicale reste hypothétique dans la mesure où la douleur ne s'est pas produite immédiatement, mais plusieurs jours plus tard sur un tableau de douleurs plus généralisées, que par ailleurs aucune lésion n'a été mise en évidence à l'imagerie.

Quoi qu'il en soit, le traumatisme a eu lieu et l'assurée a enregistré une secousse de sa colonne cervicale et une contusion thoracique liée à l'utilisation de sa ceinture de sécurité. Toutefois, en absence de toute lésion objectivable, on est en droit de considérer qu'après huit mois, l'effet de délétère du choc accidentel est terminé et que le tableau actuel est celui d'un tableau maladie.

En conclusion, il s'agit d'une femme qui présente un syndrome douloureux chronique pouvant être assimilé à une fibromyalgie, comme en témoignent les nombreux trigger points et l'infiltration douloureuse des téguments. Il existe incontestablement une dissociation entre l'importance des plaintes, les observations objectives à l'insu de la patiente et l'examen clinique proprement dit. Les signes de non organicité selon Waddell sont tous présents.

Il n'y a pas d'incapacité de travail pour ce qui est des suites de l'accident, ni d'atteinte à l'intégrité.

Il n'y a de même, pas d'incapacité de travail sur le plan maladie."

Le Dr T. _____ a dès lors répondu en particulier ce qui suit aux questions qui lui étaient posées:

- "4. *A votre avis, les troubles actuels sont-ils encore dus de façon : certaine - possible - seulement possible ou exclue à l'accident ?*

Cervicalgies et inter scapulalgies chroniques : seulement possibles

Fibromyalgie : exclue

5. *Des facteurs étrangers à l'accident ont-ils joué ou jouent-ils un rôle dans l'atteinte à la santé et de quelle façon ?*

Les douleurs sont apparues le lendemain, sous forme de courbatures, puis sont apparues des douleurs de l'épaule gauche, soit sur un territoire qui avait déjà été douloureux avant l'accident, ensuite sont survenues plusieurs jours plus tard des cervicalgies.

L'amplification et la diffusion progressive des douleurs correspondent à un tableau de fibromyalgie qui ne peut être mis en relation avec l'accident.

Dans le cas de fibromyalgie, il est en général fait référence à des facteurs psychosociaux qui dans le cas présent sont considérés comme des facteurs étrangers.

L'accident n'a joué qu'un rôle de révélateur, l'origine de ces plaintes est de l'ordre de la maladie, celles-ci sont non invalidantes.

6. *Si une incapacité de travail, même partielle, devait subsister, à partir de quand peut-on raisonnablement exiger de l'assurée qu'elle reprenne complètement le travail ?*

La date de l'expertise."

Par décision du 20 novembre 2008, la caisse a mis un terme au versement de ses prestations avec effet dès le 1^{er} septembre 2008, au motif que, compte tenu des conclusions de l'expertise réalisée par le Dr T. _____, l'existence d'un rapport de causalité entre l'événement accidentel du 19 décembre 2007 et les troubles présentés actuellement par l'assurée n'était plus démontrée, et ce à la date de l'expertise au plus tard.

Par courrier du 12 décembre 2008, le Dr M. _____ a prié la caisse de lui donner son avis quant à la prise en charge du cas de

l'assurée, concernant un problème à la cheville gauche. Il a indiqué que, comme la priorité avait été mise sur les douleurs de l'épaule droite et de la colonne cervicale, l'intéressée ne s'était "*pas trop préoccupée*" de sa cheville gauche, qui la faisait également souffrir; elle avait eu des douleurs à cette cheville durant les deux mois qui avaient suivi l'accident, douleurs qui étaient réapparues de manière intense depuis quelques semaines, de sorte que la Dresse P._____ lui avait fait faire des radiographies et une IRM. Les clichés "*RX cheville gauche*" effectués le 10 octobre 2008 avaient mis en évidence une suspicion de fracture, qui n'avait pas été confirmée par une IRM du pied gauche du 21 octobre 2008 - ce dernier examen ayant cependant documenté une déchirure partielle du tendon du muscle court péronier latéral et une ténosynovite des tendons long péroniers latéral et des tendons fléchisseurs, ainsi qu'un remaniement cicatriciel des structures ligamentaires latérales. Etaient annexés les rapports relatifs aux radiographies et à l'IRM auxquels il était fait référence.

L'assurée, désormais représentée par l'avocat Jean Jacques Schwaab, s'est opposée à la décision du 20 novembre 2008 par courrier du 16 décembre 2008, contestant la teneur du rapport d'expertise établi par le Dr T._____, en ce sens que les maux dont elle souffrait actuellement et qui l'empêchaient de reprendre son activité professionnelle étaient à son sens en relation de causalité adéquate avec l'atteinte de type "coup du lapin" dont elle avait été victime lors de l'accident du 19 décembre 2007.

Par courrier adressé au Dr M._____ le 23 décembre 2008, le Dr D._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la caisse, a indiqué que, dès lors que celle-ci avait mis fin au rapport de causalité avec l'accident au 31 août 2008, elle n'interviendrait pas pour des douleurs à la cheville gauche réapparues "*au courant du mois de novembre 2008*". Le Dr D._____ relevait qu'il se méfiait des descriptions IRM de déchirure tendineuse à la cheville et au pied, les diagnostics en cause étant qualifiés de "*souvent faux*"; en outre, le Dr T._____ n'avait rien objectivé de particulier à la cheville gauche de

l'assurée lors de son expertise, mais suspecté une fibromyalgie, qui pouvait expliquer les problèmes actuellement rencontrés.

L'assurée a complété son opposition par courrier du 2 février 2009, produisant un rapport établi le 28 janvier 2009 par la Dresse P._____. Se référant à la littérature médicale, ce médecin contestait l'appréciation du cas par le Dr T._____, singulièrement le diagnostic posé de fibromyalgie, relevant en particulier ce qui suit concernant son rapport d'expertise du 5 novembre 2008:

"Status somatique est correct
Status neurologique est correct
Status ostéoarticulaire : la mobilité de la colonne cervicale est diminuée ainsi celle de la colonne lombaire. On trouve de nombreux Triggers Points dans les muscles de la région cervicale, thoracique et lombaire. Ces points sont les points de Syndrome Myofascial et non de la fibromyalgie. Les points de la fibromyalgie se nomment de Tenders Points. La fibromyalgie a été strictement définie par American College of Rheumatologists [ARC]. Ceci a été admis par l'OMS [Organisation mondiale de la Santé]."
[...]

"Le diagnostic de fibromyalgie ne correspond pas aux critères admis par ARC. L'examen clinique démontre un syndrome douloureux et chronique dû à un mécanisme de Whiplash." [...]

"En conclusion, il s'agit d'une patiente qui présente des douleurs chroniques, dues à Whiplash Stade 2" [...]

"Ceci est aussi confirmé par l'examen du Docteur Q._____. On peut trouver de nombreux Triggers Points dans la région cervicale, thoracique, et lombaire. Ceux-ci sont témoins d'un Syndrome Myofascial et pas d'une fibromyalgie. Il n'y a pas une dissociation entre les plaintes de la patiente et l'examen clinique."
[...]

"Les douleurs sont dues à l'accident. Elles sont typiques d'un Whiplash Syndrome. Il n'est pas possible de prévoir en ce moment une guérison, laquelle permettrait à Madame A._____ de reprendre le travail à 100 % dans son ancienne activité. Elle doit absolument éviter de porter de lourdes charges."

Dans son courrier, l'assurée relevait que si la caisse ne partageait pas l'appréciation de la Dresse P._____, une nouvelle expertise devrait être mise en œuvre.

Dans une prise de position du 2 mars 2009 concernant le rapport établi le 28 janvier 2009 par la Dresse P._____, le Dr N._____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin-consultant de l'assureur-maladie de l'assurée, a en substance estimé que l'appréciation de cette dernière n'était pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du Dr T._____, lequel comprenait un examen clinique complet, des diagnostics parfaitement étayés et une analyse de la causalité rigoureuse, simple et aisée à comprendre. Selon le Dr N._____, la différence entre "Tender Points" et "Trigger Points" n'avait aucune valeur sémiologique, et le syndrome myofascial régional était *"en quelque sorte un synonyme de la fibromyalgie"*; les remarques formulées par la Dresse P._____ témoignaient ainsi, à son sens, *"d'une vision très personnelle de la médecine"*, ainsi que *"d'une méconnaissance des notions de base du droit des assurances"*. Il concluait dès lors à l'absence de causalité naturelle entre les troubles présentés actuellement par l'assurée et l'accident du 19 décembre 2007, *"et ce avec une haute vraisemblance qui confine à la certitude"*.

Interpellé par la caisse quant à l'appréciation de la Dresse P._____, le Dr T._____ a relevé, dans une *"réponse complémentaire du 6 mars 2009"*, qu'il n'était pas toujours aisé de différencier cliniquement la fibromyalgie et le syndrome myofascial, qui touchaient tous deux l'appareil locomoteur et étaient souvent confondus - les deux syndromes pouvant en outre coexister et/ou être la complication l'un de l'autre: la douleur était locorégionale dans le syndrome myofascial, étendue dans la fibromyalgie; la sensibilité était focale dans le syndrome myofascial, diffuse dans la fibromyalgie. Cela étant, dans son rapport d'expertise, le Dr T._____ avait clairement indiqué que les points douloureux, quel que soit leur nom en français ou en anglais, étaient diffus et symétriques, et s'inscrivaient dans un contexte général qui n'avait rien à voir avec d'éventuelles séquelles d'un traumatisme de la colonne cervicale.

Dans un courrier du 17 mars 2009, l'assurée a contesté la teneur de la prise de position du Dr N._____, et estimé que la mise en œuvre d'une nouvelle expertise était indispensable.

Par décision sur opposition du 31 mars 2009, la caisse a rejeté l'opposition déposée par l'intéressée et confirmé sa décision du 20 novembre 2008, en ce sens qu'il était mis un terme au versement de ses prestations avec effet dès le 1^{er} septembre 2008. Se référant aux conclusions de l'expertise réalisée par le Dr T._____, à laquelle elle reconnaissait pleine valeur probante, la caisse a derechef retenu que les affections présentées par l'assurée postérieurement à la date de cette expertise étaient sans relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 19 décembre 2007.

B. a) A._____ a formé recours contre cette décision sur opposition par acte du 12 mai 2009, concluant principalement à sa réforme, en ce sens qu'elle avait droit aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 août 2009, et subsidiairement à son annulation, avec pour suite le renvoi de la cause à la caisse pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. Elle a requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique), estimant notamment qu'en l'absence d'expertise psychiatrique, le dossier était lacunaire sur le plan médical. Sur le fond, elle a en substance fait valoir qu'il convenait de retenir qu'elle avait été victime d'une atteinte de type "coup du lapin", ses plaintes étant "*largement compatibles*" avec le tableau clinique d'un tel trouble, tableau qui s'était en outre manifesté dans les suite immédiates de l'accident du 19 décembre 2007; elle relevait à cet égard que le Dr T._____, s'il avait mis en doute ce diagnostic, ne l'avait pas pour autant formellement exclu. Se référant à la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas de "coup du lapin", elle soutenait que, compte tenu d'un accident qu'il convenait de qualifier de gravité moyenne, il ne faisait aucun doute que le lien de causalité entre l'événement accidentel et ses atteintes était adéquat, dès lors qu'elle ressentait actuellement encore, et sans interruption depuis l'accident, d'intenses douleurs nécessitant un traitement médical ininterrompu, et était de ce chef en incapacité totale de travail depuis une année et demi.

Au demeurant, dans l'hypothèse où le diagnostic de "coup du lapin" ne serait pas retenu, il y aurait lieu d'appliquer la jurisprudence relative à la causalité adéquate en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, et de préférer à cet égard le diagnostic de syndrome myofascial posé par la Dresse P. _____ à celui de trouble somatoforme douloureux mentionné par le Dr T. _____ - l'avis de celle-ci, dûment étayé et documenté, devant à son sens se voir reconnaître une valeur probante supérieure à celle du rapport d'expertise de ce dernier, respectivement à celle de l'avis du Dr N. _____; il conviendrait alors soit d'admettre la condition de l'adéquation, en se fondant sur les "*indices assez précis*" dans ce sens donnés par la Dresse P. _____, soit, le cas échéant, de procéder à la mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, conformément aux exigences jurisprudentielles en la matière. L'intéressée produisait notamment, à l'appui de son recours, deux courriers adressés à son conseil les 6 et 29 mars 2009 par la Dresse P. _____. Dans le premier de ces courriers, ce médecin contestait la teneur de l'avis rendu le 2 mars 2009 par le Dr N. _____, relevant que l'OMS et "*toutes les universités médicales dans le monde*" s'accordaient à retenir que fibromyalgie et syndrome myofascial étaient des "*maladies absolument différentes, avec des définitions précises*", et concluant que, faute de référence à la littérature médicale, le rapport établi par le Dr N. _____ n'avait aucune valeur scientifique. Dans le second courrier, la Dresse P. _____ exposait, références médicales à l'appui, la différence entre "Trigger Points" et "Tender Points", respectivement entre fibromyalgie, syndrome myofascial et Whiplash syndrome, précisant en particulier ce qui suit:

"La fibromyalgie est définie par la présence des Tender Points à des endroits spécifiques, une sensibilité diffuse, une douleur diffuse caractérisée par une sensibilisation spinale et une dysfonction des contrôles indogènes, peut être accompagnée par un syndrome fatigue chronique, colonne irritable et un TMJ ["*TemporoMandibular Joint*"; douleur à l'articulation temporo-mandibulaire]." [...]

"Le Syndrome Myofascial est caractérisé par la présence de Trigger Points, par une douleur locale ou régionale, une sensibilité focale, entièrement limitée au muscle concerné.

Le Whiplash Syndrome est caractérisé par une douleur régionale, il est souvent associé à un Syndrome Myofascial et un Syndrome fatigue chronique. Il n'y a pas de douleur diffuse caractérisée par une fibromyalgie."

Dans sa réponse du 11 juin 2009, la caisse intimée a conclu au rejet du recours. Elle a allégué, en premier lieu, que les symptômes présentés par la recourante dans les suites de son accident n'étaient pas constitutifs d'un tableau clinique typique d'un "coup du lapin", relevant notamment que seule la Dresse P._____, qui n'était consultée par l'intéressée que depuis le mois de mai 2008, avait retenu le diagnostic de "*Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II*"; l'appréciation de la Dresse P._____ avait par ailleurs unanimement été contestée par les Drs T._____ et N._____, et ne saurait dès lors se voir reconnaître une valeur probante supérieure à celle des avis de ces deux derniers médecins, "*bien au contraire*". En outre, selon la caisse, on ne voyait pas en quoi la recourante aurait développé des troubles psychiques ensuite de l'accident en cause. Ainsi, en l'absence de rapport de causalité naturelle suffisamment démontré, il semblait superflu d'examiner la question du lien de causalité adéquate, que ce soit sur la base des critères relatifs aux cas de "coup du lapin" ou de ceux relatifs aux cas de troubles psychiques consécutifs à un accident; au demeurant, même à admettre l'existence d'une atteinte de type "coup du lapin" ou d'une lésion semblable - ce qui était derechef contesté -, aucun des critères concernant l'appréciation de la causalité adéquate ne pouvait être considéré comme présent, ou tout au moins comme revêtant une importance déterminante en l'espèce. Pour le surplus, la caisse renvoyait à la teneur de la décision sur opposition attaquée.

b) Suite à la requête en ce sens du juge en charge de l'instruction de la cause, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a produit le 11 décembre 2009 le dossier de la recourante, comprenant notamment un rapport psychiatrique établi le 8 septembre 2009 par le Dr I._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie du Service médical régional AI (SMR), dans lequel était posé le diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F 32.10), atteinte existant depuis trois à quatre mois et réputée sans répercussion sur la

capacité de travail de l'intéressée. Dans son appréciation du cas, le Dr I. _____ relevait en particulier ce qui suit:

"En ce qui concerne la Jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, dont la fibromyalgie est un équivalent, une comorbidité psychiatrique manifeste dans son intensité et sa durée n'est pas constatée. D'après la description donnée par l'assurée elle-même, une perte d'intégration sociale ne peut pas être retenue. Ainsi, les critères de sévérité de la Jurisprudence ne sont pas retenus."

Se déterminant sur les conclusions de ce rapport psychiatrique, par écriture du 12 janvier 2010, l'intimée a allégué que la question de la causalité naturelle entre la symptomatologie dépressive décrite par le Dr I. _____ comme étant apparue trois à quatre mois avant son examen et l'accident du 19 décembre 2007 était "*douteuse*" mais pouvait rester ouverte, dans la mesure où le rapport de causalité adéquate devait en tous les cas être nié, ainsi qu'elle l'avait exposé dans son mémoire de réponse du 11 juin 2009, auquel il était renvoyé; la caisse maintenait en conséquence ses conclusions.

La recourante s'est déterminée par écriture du 14 janvier 2010, faisant en substance valoir que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire (rhumatologique, neurologique et psychiatrique) était indispensable, compte tenu des multiples contradictions au dossier concernant l'appréciation de son cas sous l'angle médical, singulièrement du manque de clarté des diagnostics posés, et ce tant sur le plan somatique que psychique.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours suivant la notification de la décision sur opposition litigieuse (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]), compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours a été déposé en

temps utile. Il est en outre recevable en la forme, de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière sur le fond.

2. Est litigieuse en l'espèce la question de la prise en charge par la caisse, au titre des suites de l'accident subi par la recourante le 19 décembre 2007, des atteintes présentées par cette dernière postérieurement au 31 août 2008, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre dites atteintes et l'événement accidentel.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Selon l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177, consid. 3.1 et les références; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

Ainsi, 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*; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); 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; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009, consid. 2.2). 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.

S'agissant spécifiquement de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crano-cervical 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 tête 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 précité, consid. 1 et la référence; TF 8C_42/2009 précité, consid. 2.2). 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 était indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présentait ou ne laissait 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; TF 683/2008 du 3 août 2009, consid. 3.2).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456, consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité, consid. 3.2; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 *in fine* et les références).

Concernant les atteintes sur le plan psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue d'apprécier le caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de telles atteintes développées postérieurement par l'intéressé. Elle a en premier lieu classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, 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 subjectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, doivent être pris en considération un certain nombre de critères, dont les principaux 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 les 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 l'existence d'un lien de causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment s'agissant d'un accident 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; TF 8C_301/2009 du 17 septembre 2009, consid. 4.2).

d) 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, il convient, selon la jurisprudence, d'apprécier 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 des critères en cause doit toutefois être 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 ainsi déterminants,

de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359, consid. 6a; cf. également TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 4.2 et les références). 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, la jurisprudence a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs à prendre 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 précité, consid. 10; TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 3.2; TF 8C_311/2009 du 26 octobre 2009, consid. 4.1).

e) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt que sur une autre. Selon la jurisprudence, il importe, pour conférer pleine valeur probante à une appréciation médicale, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne 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, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 8C_780/2008 du 3 juin 2009, consid. 3.3.1).

Cela étant, en ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient

en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et les références).

4. a) En l'espèce, la recourante estime en premier lieu que, compte tenu des divergences entre les diagnostics posés par les différents médecins consultés, un complément d'instruction sur le plan médical serait indispensable, et requiert la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Il n'y a cependant pas lieu de faire droit à cette requête, dans la mesure où, comme on le verra ci-après (cf. consid. 4b et 4c), même si, par hypothèse, on tenait pour établie l'existence d'atteintes à la santé en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 19 décembre 2007, il conviendrait de nier, dès le 1^{er} septembre 2008 au plus tard, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces atteintes et l'événement assuré.

S'agissant d'apprécier le caractère adéquat du lien de causalité, il convient de distinguer les atteintes sur le plan somatique, les atteintes sur le plan psychique, ainsi que le cas particulier des traumatismes cervicaux de type "coup du lapin" ou des traumatismes analogues (cf. consid. 3c et 3d *supra*). En l'espèce, il n'est pas contesté que la recourante ne présente aucune atteinte objectivable à la santé physique de nature à entraîner une incapacité de travail postérieurement au

31 août 2008; ainsi, les examens par IRM réalisés les 11 avril 2008 (IRM cervicale) et 15 avril 2008 (IRM des articulations sterno-costales) n'ont documenté aucune atteinte significative, et le Dr T._____ relève dans son rapport du 5 novembre 2008 "*l'absence de toute lésion objectivable*" - constatation qui n'a été remise en cause par aucun des médecins consultés. Cela étant, invoquant les différents avis de la Dresse P._____, la recourante fait en substance valoir que ses affections seraient en lien de causalité adéquate avec l'accident dont elle a été victime, et ce compte tenu soit des critères jurisprudentiels relatifs aux traumatismes cervicaux par accident de type "coup du lapin", soit, si un tel diagnostic devait ne pas être retenu, compte tenu des critères jurisprudentiels relatifs aux atteintes à la santé psychique - savoir en l'espèce un syndrome

myofascial, diagnostiqué par la Dresse P._____. Il convient dès lors d'examiner distinctement ces deux hypothèses.

b) Il est pour le moins douteux, dans le cas présent, que la recourante ait été victime "*de lésions du rachis cervical par accident de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cervical sans preuve d'un déficit fonctionnel organique*" (au sens de la jurisprudence _____ rappelée _____ ci-dessus, cf. consid. 3b), dès lors que, contrairement à ce qu'elle soutient dans son acte de recours, il ne résulte aucunement des pièces versées au dossier qu'elle aurait présenté un tableau clinique typique d'un tel traumatisme: il n'est en effet nulle part fait mention de maux de tête, de vertiges, de troubles de la concentration et de la mémoire, de nausées, de fatigabilité, de troubles de la vue, d'irritabilité, ou encore de modification du caractère; les plaintes de l'intéressée, dans les suites de l'événement accidentel, portaient bien plutôt sur la présence de douleurs (d'abord à l'épaule gauche et au thorax, puis cervicales, dorsales et lombaires), respectivement de fourmillements, notamment dans les mains. Quant au diagnostic d'épisode dépressif moyen posé par le Dr I._____, il ne serait apparu, selon ce psychiatre qui se réfère à cet égard aux déclarations de l'intéressée, que trois ou quatre mois avant son examen du 12 août 2009, soit en avril ou mai 2009; à l'évidence, ce seul diagnostic ne saurait suffire à établir l'existence d'un tableau clinique typique d'un traumatisme par accident de type "coup du lapin" (ou d'un traumatisme analogue), ce d'autant moins que l'épisode dépressif en cause n'est apparu que plus d'une année après l'événement accidentel. Au demeurant, le diagnostic de "*Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorder stade II*" posé par la Dresse P._____ (rapport du 12 juillet 2008), correspondant à la notion de traumatisme par accident de type "coup du lapin" au sens de la jurisprudence, n'a été retenu par aucun des autres médecins consultés - la Dresse C._____ évoquant bien plutôt une contusion directe (par la ceinture de sécurité) et des contractures musculaires (rapport du 3 février 2008), le Dr J._____ une contracture périscapulaire (rapport du 17 mars 2008) puis des omalgies, scapulalgies et cervicalgies (rapport du 20 mai 2008), le Dr T._____ enfin des cervicalgies et inter scapulalgies

chroniques. A cela s'ajoute encore le fait que la Dresse P._____ n'a été consultée par la recourante qu'à partir du mois de mai 2008, soit près de six mois après l'événement accidentel, et que, conformément à la jurisprudence relative à la valeur probante des appréciations émises par les médecins traitant des assurés (cf. consid. 3e *supra*), l'avis de ce médecin ne doit être admis qu'avec réserve.

Cela étant, même à admettre, compte tenu du diagnostic posé par la Dresse P._____, respectivement du fait que le Dr T._____ a indiqué dans son rapport du 5 novembre 2008 que "*le diagnostic d'entorse cervicale rest[ait] hypothétique*" (p. 8), l'existence d'une telle atteinte, force est de constater que le rapport de causalité adéquate avec l'événement accidentel devrait dans tous les cas être nié, en application de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3d). En effet, compte tenu de la description qu'en a faite la recourante, l'événement accidentel du 19 décembre 2007 doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de faible gravité - étant relevé à cet égard que l'intéressée n'a pas perdu connaissance ni subi de lésion grave, qu'elle a aussitôt été en mesure de reprendre la route, et qu'elle n'a consulté un médecin (en raison de douleurs à l'épaule gauche et au thorax) que le lendemain (pour comparaison, cf. notamment TF 8C_262/2008 précité, consid. 5 et les références; TF 8C_827/2008 du 4 août 2009, consid. 4.2). Le rapport de causalité adéquate doit dès lors être apprécié au regard des différents critères posés par la jurisprudence concernant les accidents de gravité moyenne.

A l'évidence, on ne saurait retenir que les circonstances concomitantes auraient été particulièrement dramatiques ou que l'accident aurait eu un caractère particulièrement impressionnant, pas davantage que l'existence de lésions d'une gravité ou d'une nature particulière. Par ailleurs, le traitement médical n'a pas été particulièrement pénible, puisqu'il a consisté pour l'essentiel en médication antalgique et physiothérapie. Quant aux douleurs présentées par la recourante, elles n'ont pas été d'une intensité telle que ce critère

devrait être retenu en l'espèce. Ainsi l'intéressée a-t-elle pu tenter, à sa demande, de reprendre son activité à 50 % au début du mois de février 2008 (soit moins de deux mois après l'accident), tentative dont l'échec semble au demeurant à mettre en lien, notamment voire essentiellement, avec le caractère peu adapté des tâches qui lui ont été confiées; en outre, la diminution progressive des douleurs de la recourante a été relevée dans le rapport établi le 17 mars 2008 par le Dr J._____, ce même médecin mentionnant encore dans un rapport du 20 mai 2008 la "*persistance de douleurs à l'épaule droite et à la colonne cervicale malgré leur diminution*". Enfin, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical, ni de complications particulières. Seul le critère de l'incapacité de travail de longue durée pourrait ainsi être rempli dans le cas d'espèce, ceci à admettre les "*efforts reconnaissables*" de la part de l'intéressée pour tenter de reprendre une activité - il ne résulte pas des pièces versées au dossier, à cet égard, qu'elle ait tenté une reprise d'activité postérieurement au mois de février 2008, nonobstant la diminution des douleurs relevée par le Dr J._____ en mars puis en mai 2008; cette dernière question peut cependant rester ouverte, dès lors que, dans tous les cas, le seul critère de l'incapacité de travail de longue durée serait insuffisant pour admettre un rapport de causalité adéquate entre les atteintes présentées par la recourante et un accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (pour comparaison, cf. TF 8C_262 précité, consid. 5).

c) Dans son rapport du 12 juillet 2008, la Dresse P._____ a également retenu le diagnostic de "*Syndrome myofascial régional cervical et dorsal*". Pour sa part, le rhumatologue T._____ a posé dans son rapport du 5 novembre 2008 le diagnostic de fibromyalgie, tout en évoquant dans ses conclusions un "*syndrome douloureux chronique pouvant être assimilé à une fibromyalgie*". Le psychiatre I._____ enfin s'est référé dans son appréciation du cas à la "*jurisprudence vis-à-vis d'un trouble somatoforme douloureux, dont la fibromyalgie est un équivalent*", tout en ne retenant que le seul diagnostic d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (rapport du 8 septembre 2009).

Contrairement à ce que soutient la recourante, la divergence entre les diagnostics posés par les différents médecins consultés ne rend pas indispensable, dans le cas d'espèce, la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Les atteintes évoquées, et qui selon elle sont contradictoires – soit la fibromyalgie, le trouble somatoforme douloureux persistant et le syndrome myofascial –, ont en effet en commun la présence de douleurs sur le plan somatique, en l'absence de substrat organique objectivable; aussi convient-il d'appliquer les critères relatifs à la causalité adéquate en cas de trouble sur le plan psychique, sans qu'il soit nécessaire de trancher entre les différents diagnostics posés (cf. TF 8C_60/2008 du 6 août 2008, consid. 5). S'agissant spécifiquement de l'hypothèse d'un syndrome myofascial, on précisera que, compte tenu de la multiplicité des étiologies possibles, le fait qu'un tel syndrome puisse être souvent causé par un dysfonctionnement vertébral traumatique n'est pas encore un indice suffisant pour admettre l'existence d'un lien de causalité entre une telle atteinte et un accident (cf. TF U 80/05 du 18 novembre 2005, consid. 3) – à plus forte raison lorsque, comme en l'espèce, l'existence même d'un tel dysfonctionnement vertébral traumatique est pour le moins douteuse (cf. consid. 4b *supra*).

Cela étant, s'agissant, comme déjà relevé, d'un accident de gravité moyenne, à la limite des accidents de faible gravité, force est de constater que les critères jurisprudentiels en cause ne sont pas davantage remplis que dans l'hypothèse d'un traumatisme de type "coup du lapin". Les remarques concernant cette dernière hypothèse conservant, *mutatis mutandis*, toute leur pertinence, on peut se contenter d'y renvoyer (cf. consid. 4b) – étant toutefois précisé que, en l'absence de lésion physique, les critères relatifs à la gravité ou la nature particulière des lésions, aux douleurs, respectivement au degré et à la durée de l'incapacité de travail, ne sauraient en aucun cas être admis dans le cadre de la jurisprudence relative au lien de causalité adéquate en cas d'atteintes sur le plan psychique. Il y a dès lors lieu de conclure, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'absence de lien de causalité adéquate entre l'accident du 19 décembre 2007 et les atteintes présentées par la recourante

postérieurement au 31 août 2008, tant s'agissant de l'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique - atteinte qui n'est au surplus apparue, comme déjà relevé, que plus d'une année après l'événement accidentel -, que s'agissant d'une fibromyalgie, d'un syndrome myofascial ou encore d'un trouble somatoforme douloureux persistant (évoqué sous l'appellation "*syndrome douloureux chronique*" par le Dr T._____).

d) Compte tenu de ce qui précède, c'est à bon droit que la caisse a mis fin au versement de ses prestations dès le 1^{er} septembre 2008, les atteintes présentées par la recourante dès cette date étant sans relation, en termes de causalité adéquate, avec l'accident du 19 décembre 2007.

5. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36)).

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

- I.** Le recours déposé le 12 mai 2009 par A._____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 mars 2009 par M._____ SA est confirmée.
- III.** Le présent arrêt est rendu sans frais ni allocation de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Jean Jacques Schwaab, à 1002 Lausanne (pour A._____);
- M._____ SA, à 1001 Lausanne;
- Office fédéral de la santé publique, à 3003 Berne;

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 fédérale 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).

Le greffier :