

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 avril 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Gutmann et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : Mme Parel

Cause pendante entre :

J._____, à Forel, recourante, représentée par Me Jean-Louis Collart,
avocat à Genève

et

B._____, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à
Genève

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) J._____ (ci-après : l'assurée), née le 20 juillet 1974, divorcée et mère de deux enfants, a travaillé pour la société U._____ dès le 1^{er} juin 2008 en qualité d'assistante de direction. Le 29 août 2008, son employeur a résilié le contrat de travail avec effet au 30 septembre 2008. L'assurée a été en arrêt maladie à 100 % du 23 au 28 septembre 2008. Selon le jugement rendu le 16 juin 2009 par le Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement de l'Est vaudois, dès lors que l'incapacité de travail de l'assurée suspendait le délai de congé, le rapport régulier de travail a été prolongé au 31 octobre 2008.

b) Le 1^{er} novembre 2008, vers 11 heures 50, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation sur la voie publique. Le rapport de police établi le 2 novembre suivant indique que, alors qu'elle circulait au volant de son véhicule automobile sur la voie de gauche de l'autoroute A1 en direction de Genève à la vitesse de 120 km/h environ, l'assurée remarqua dans son rétroviseur central un véhicule qui s'approchait à vive allure. Une fois qu'il l'eut rejointe, l'automobiliste lui fit des appels de phare tout en la talonnant. L'assurée se déplaça alors sur la voie de droite pour le laisser passer; une fois son dépassement effectué, l'automobiliste se rabattit devant l'assurée à courte distance et freina fortement, obligeant cette dernière à faire de même. Afin d'éviter le choc, J._____ donna un coup de volant à gauche, puis à droite, avant de perdre la maîtrise de son véhicule, lequel traversa les voies de circulation et percuta le talus longeant le bord droit de la chaussée. Le conducteur du véhicule inconnu poursuivit sa route sans se faire connaître.

L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle à la suite de cet accident. Son médecin traitant, le Dr R._____, spécialiste FMH en médecine générale, a régulièrement établi des certificats médicaux attestant son incapacité totale de travail.

c) Le 12 novembre 2008, U. _____ a adressé à B. _____, qui a entre-temps changé sa raison sociale en B. _____ (ci-après : B. _____) une déclaration de sinistre, dont il résulte notamment que, lors de l'accident du 1^{er} novembre 2008, l'assurée a subi des blessures à la tête, à la colonne cervicale ainsi qu'à la jambe et au bras droits.

d) Le rapport médical LAA établi le 27 novembre 2007 par la Dresse P. _____ à l'attention de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA) indique comme diagnostic : entorse cervicale avec suspicion de contusion médullaire. Le traitement consiste en le port d'une minerve et la prise d'antalgiques.

Le rapport radiologique relatif à l'IRM cervicale pratiquée le 5 novembre 2008 conclut à l'absence de lésion traumatique cervicale osseuse et ligamentaire. Il ne fait état ni de luxation ou subluxation facettaire, en particulier C6-C7 droite, ni de hernie discale post-traumatique ni encore de myélopathie.

Le rapport radiographique établi à la suite de l'échographie abdominale complète de l'assurée le 10 décembre 2008 conclut notamment à l'absence de lésion abdominale supérieure, en particulier à l'absence de lésion rénale. Aucune lésion utérine n'est constatée.

Dans un rapport médical intermédiaire du 6 février 2009, le Dr R. _____ indique comme diagnostics :

- traumatisme cervico-brachial sur accident;
- trouble dépressif majeur.

Ce praticien précise qu'il y a persistance des douleurs cervico-brachiales bilatérales ainsi qu'une décompensation d'un trouble anxio-dépressif suite à l'accident. Il précise que sa patiente a présenté quelques mois avant l'accident un trouble dépressif mais qu'elle en était sortie au moment de l'accident et qu'il est trop tôt pour se prononcer sur une reprise du travail.

e) Dans un rapport établi le 20 février 2009 en présence d'un inspecteur-accidents de la CNA, l'assurée a indiqué qu'au moment de

l'accident, elle portait sa ceinture de sécurité et qu'elle avait subi un choc à la tête, soit au nez, au front et à l'arrière du crâne du fait de l'ouverture de l'airbag. Elle a expliqué qu'elle était chancelante à la sortie du véhicule et avait immédiatement ressenti des troubles au niveau du nez et du front, de la tête, de la nuque, de tout le dos, du bras gauche, de la jambe gauche (surtout au genou) et du genou droit; elle a également immédiatement ressenti des vertiges, reçu un choc émotionnel et présenté des tremblements. Le lendemain de l'accident, elle s'est retrouvée "bloquée" à son réveil; son père l'a amenée aux urgences. Actuellement, l'assurée ressent des douleurs au réveil et à la mise en route; elle dort toujours très mal, ne se baisse toujours pas comme avant et peine à tourner la tête latéralement; elle peut bouger la tête d'avant en arrière, mais pas complètement. Elle souffre toujours de vertiges liés à des problèmes d'équilibre et de nausées dès qu'elle doit se concentrer ou qu'elle regarde l'écran de l'ordinateur ou la télévision; elle oublie tout si elle ne prend pas des notes. L'assurée a indiqué qu'avant l'accident elle avait présenté des troubles psychiques, expliquant que si elle est en bon état de santé en général, elle avait eu besoin d'un petit soutien moral par son médecin traitant à la suite du cancer de sa mère il y a environ 2 ans, mais que tout était rentré dans l'ordre maintenant. Elle a exposé que ses enfants n'avaient pas été blessés physiquement, mais qu'ils avaient été sous le choc et avaient souffert de maux de tête les 2 ou 3 jours suivant l'accident. En ce qui concerne sa situation professionnelle, l'assurée a expliqué qu'elle se trouvait au chômage au moment de l'accident, dans l'attente de signer un nouveau contrat de travail, poste qu'elle n'avait finalement pas obtenu. Elle est toujours en arrêt de travail en raison de son état de fatigue important, de difficultés de concentration, de nausées, etc. Elle conduit à nouveau et espère pouvoir retravailler au plus vite et recommencer une vie normale et digne.

f) A la demande de la CNA, l'assurée a été examinée le 23 mars 2009 par le Dr H._____, spécialiste FMH en neurologie. Dans son rapport daté du 26 mars suivant, ce spécialiste relève notamment ce qui suit :

APPRECIATION DU CAS

Mme J._____ est une patiente jusqu'ici en bonne santé habituelle victime d'un grave accident de la circulation au cours duquel son véhicule a quitté l'autoroute avec un dommage total.

Lors de l'accident susmentionné, Mme J._____, qui n'a pas perdu connaissance, a été victime d'un mouvement d'extension-flexion de la nuque et d'un choc direct de la tête contre l'airbag et l'appui-tête. Il y a eu également vraisemblablement quelques autres chocs directs notamment sur les genoux. Néanmoins, les examens pratiqués n'ont pas révélé d'atteinte traumatique grave avec notamment pas de fracture, de contusion interne et de plaie superficielle.

Dans les suites de l'événement accidentel, Mme J._____ a développé un tableau tout à fait classique de syndrome après distorsion cervicale, éventuellement commotion cérébrale, avec des cervico-céphalalgies, des sensations vertigineuses, des troubles de la mémoire et de la concentration, une fatigue et une fatigabilité et quelques troubles de la vue. L'état somatique s'est visiblement compliqué d'une décompensation anxio-dépressive, voire d'un état de stress post-traumatique.

Jusqu'ici, l'évolution des troubles est peu favorable, ceci dans un contexte professionnel difficile.

En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué révèle une nuque de mobilité très légèrement limitée, dont la mobilisation est un peu sensible localement, avec des muscles paracervicaux et un chef supérieur du trapèze bilatéralement modérément contracturés et sensibles. Pour le reste, l'examen clinique est sans anomalie hormis une hypoesthésie tactile et douloureuse hémicorporelle gauche (épargnant la face) déjà notée lors de l'examen initial au I._____. Sur le plan psychique, patiente tout à fait collaborante, mais visiblement tendue et nerveuse, décompensée par l'événement accidentel.

L'EEG confirme l'impression clinique en montrant un tracé normal, mais de bas voltage et surchargé de nombreux artéfacts musculaires comme on peut le rencontrer chez les sujets tendus et anxieux.

Je n'ai pas eu accès aux documents radiologiques eux-mêmes, mais j'ai pris note des rapports radiologiques figurant au dossier et aimablement transmis par le médecin-traitant concluant à l'absence de lésion traumatique majeure au niveau cérébral, cervical et des organes internes.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, il ne fait guère de doute que Mme J._____ a été victime lors de l'accident du 1.11.2008 d'une distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force possiblement associée à une petite commotion cérébrale. Nous n'avons aucun élément pour conclure à une atteinte structurelle majeure du système nerveux et locomoteur. La symptomatologie apparue dans les suites de l'événement accidentel est tout à fait typique d'un syndrome après distorsion cervicale/commotion cérébrale.

Actuellement, il ne semble n'y avoir pas d'amélioration significative de la situation par rapport à l'état post-traumatique immédiat. Cette absence d'amélioration est liée d'une part à l'importance de l'événement accidentel et vraisemblablement également d'autre part à des facteurs annexes secondaires à la situation professionnelle de la patiente et possiblement à un certain degré d'état de stress post-traumatique.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuel auquel on devrait associer à nouveau une tentative de reprise de la physiothérapie. Selon l'évolution, une prise en charge psychothérapeutique de type cognitivo-comportemental pourrait se concevoir. (...)

Sur le plan de la capacité de travail, Mme J._____ reste visiblement actuellement encore en incapacité de travail complète suite aux conséquences de l'événement accidentel.

(...)

En cas de persistance de troubles et d'une incapacité de travail de durée prolongée, la situation pourrait être réappréciée.

En ce qui concerne le pronostic, d'un point de vue strictement neurologique, ce dernier est bon à moyen et long terme."

g) Mandatée par la CNA, la société A._____, sous la signature du Prof. D._____, spécialiste FMH en médecine légale et spécialiste en biomécanique légale, et du Dr. sc. techn. X._____, a déposé son rapport d'expertise biomécanique le 27 mai 2009. Les experts relèvent que "des particularités biomécaniques importantes en relation à la collision ou en relation à la situation individuelle ne sont pas documentées", de sorte que l'événement ne s'éloigne pas du "cas normal". Ils concluent, en se fondant sur le "triage" technique, la documentation médicale et les données cliniques, que les douleurs du rachis cervical de l'assurée ne sont "plutôt pas explicables" avec les effets de la collision dans un cas normal et précisent qu'il ne leur est pas possible de prendre position ni en ce qui concerne l'évolution à long terme, ni s'agissant des troubles psychiques.

h) Dans un rapport médical du 28 mai 2009, le Dr T._____, spécialiste FMH en psychiatrie, a notamment indiqué ce qui suit :

"Rappelons que le Dr R._____ m'a demandé d'évaluer cette patiente dans un contexte professionnel difficile en date du 28 mars 2008 où elle présentait à l'époque un trouble dépressif majeur, épisode isolé, avec comme proposition une médication de Cipralax et Imovane 7,5 en cpr le soir.

Toujours à la demande du Dr R._____, il m'a demandé de la revoir et de la réévaluer, raison pour laquelle une évaluation a été effectuée en date du 17.04.09. (...)

Au niveau du tableau psychopathologique :

La patiente est orientée dans le temps, l'espace et par rapport à elle-même avec présence d'idées noires, thymie triste, troubles du sommeil, réveils fréquents, perte de l'élan vital, anhédonie et difficultés à effectuer des activités de la vie quotidienne et présence de troubles de l'attention, de la mémoire, manque d'estime de soi, sentiment de culpabilité et isolement social. On observe également une anxiété de fond avec des éléments anticipatoires mais pas d'éléments de la lignée de type troubles paniques.

Pas d'éléments de type troubles obsessionnels compulsifs ni d'éléments de type stress post-traumatique.

On n'observe pas non plus d'éléments de la lignée psychotique.

Diagnostic :

La patiente présente une péjoration de son état dépressif consécutif à son accident.

Traitement en cours :

Prise en charge sur le plan psychothérapeutique et réadaptation de la médication de type Cymbalta 60mg/j et Imovane 7,5 1cpr/le soir."

Dans un rapport médical du 23 juin 2009, le Dr R._____ a relevé la péjoration des cervicalgies et du trouble dépressif de l'assurée.

i) Par courrier du 8 juillet 2009, B._____ a informé le Dr H._____ qu'elle avait repris la gestion du dossier de l'assurée à la suite du jugement rendu le 16 juin précédent par le Tribunal de prud'hommes de l'arrondissement de l'Est vaudois. L'assureur-accidents a requis du neurologue qu'il procède à une nouvelle évaluation de l'état de santé de l'assurée.

Dans un rapport médical daté du 17 août 2009, le Dr H._____ a indiqué qu'il avait revu l'assurée le jour même. Il a relevé que les plaintes actuelles de l'assurée étaient tout à fait superposables qualitativement et quantitativement à celles exprimées lors de l'examen précédent, soit : cervico-céphalalgies, sensations vertigineuses, troubles de la mémoire et de la concentration, troubles de la vue, fatigue et fatigabilité et troubles de l'humeur avec état anxieux, nerveux et déprimé. L'assurée a particulièrement exprimé son sentiment d'injustice quant au fait que cet accident a bouleversé sa vie. Elle a souligné que son fils ne

pouvait actuellement plus dormir sans elle et devait prochainement être pris en charge par un psychiatre. Dans son appréciation du cas, le Dr H._____ a indiqué que l'examen neurologique permettait de retrouver une nuque de mobilité très légèrement limitée et dont la mobilisation était un peu sensible localement. Pour le reste, l'examen clinique a révélé une hypoesthésie tactile et douloureuse hémicorporelle gauche subjective connue dès l'examen neurologie initial. Il a également précisé que, sur la base des éléments à sa disposition, il n'y avait pas lieu de remettre en doute le diagnostic de distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force possiblement associée à une petite commotion cérébrale suivie d'un syndrome post-distorsion cervicale tout à fait typique. Il s'est dit un peu étonné par les conclusions de l'analyse biomécanique, les circonstances de l'accident évoquant tout de même un événement accidentel relativement important. Le neurologue a toutefois confirmé les conclusions de sa précédente évaluation en ce sens que l'évolution défavorable du cas de l'assurée s'expliquait au moins en grande partie par les facteurs psychologiques en relation d'une part avec les circonstances de l'accident et d'autre part la situation professionnelle (et peut-être personnelle) de la patiente. Sur le plan de la capacité de travail, il a indiqué qu'une reprise progressive d'une activité professionnelle paraissait absolument nécessaire (avec encadrement). Quant à la relation de causalité, il a relevé que, si les troubles avaient été déclenchés par l'événement accidentel, l'évolution divergeait toutefois clairement de l'évolution habituelle de ce type de traumatisme au vu des éléments psychologiques.

j) Dans un rapport complémentaire du 14 septembre 2009, établi à la demande de B._____, le Dr H._____ a répondu comme suit aux questions qui lui étaient posées :

"(...)

Quel est le taux de capacité de travail médico-théorique ?

Je comprends mal la question. S'il s'agit du taux de capacité de travail médico-théorique prenant en compte les éléments physiques et psychiques ainsi que les éléments dépendants et indépendants de l'événement accidentel proprement dit, la capacité de travail

médico-théorique de Mme J._____ est apparemment actuellement encore nulle. Reste que, comme mentionné dans mon rapport du 17.8.2009, une reprise progressive d'une activité professionnelle est formellement indiquée mais doit vraisemblablement se faire progressivement et avec encadrement, notamment psychologique. Je pense d'ailleurs que dans l'appréciation du cas sur le plan asséculoologique et thérapeutique, une appréciation psychiatrique paraît de plus en plus nécessaire.

Quel est le taux de capacité médico-théorique sans tenir compte de l'aspect psychiatrique en tenant compte que sur le plan juridique, le stress post-traumatique n'est pas reconnu ?

Je me permettrai de transformer la question et de répondre de la façon suivante : en ce qui concerne les seuls facteurs somatiques en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel du 1.11.2008, la capacité de travail médico-théorique est complète (plein-temps avec un rendement de 100 %). Il est évident qu'il s'agit, comme précité, d'une appréciation médico-théorique purement somatique et en relation avec les seuls facteurs accidentels, le taux de capacité de travail médico-théorique global effectif étant mentionné plus haut.

(...)"

k) Dans un avis médical du 15 octobre 2009, le Dr N._____, médecin-consultant de B._____, a rapporté les informations délivrées par le Dr R._____ lors d'un entretien téléphonique. Selon le médecin traitant, l'évolution est défavorable et aucune reprise d'activité professionnelle n'est possible. Il ressent un enlissement progressif dans un contexte prsychosocial perturbé. Le Dr R._____ a également précisé qu'à l'origine, il existait des troubles de la personnalité ainsi qu'un trouble dépressif compensé jusqu'à l'accident, décompensé depuis lors. Dans son appréciation, le Dr N._____ a indiqué qu'il lui paraissait nécessaire de demander des renseignements au Dr T._____.

Dans un rapport médical du 30 octobre 2009, après avoir fait état des mêmes plaintes que celles indiquées dans son premier rapport, le Dr T._____ a exposé que l'assurée présentait une péjoration de son état dépressif consécutive à son accident. Selon le psychiatre traitant, l'incapacité de travail est avant tout due à la problématique neurologique consécutive à l'accident; il a préconisé de se référer sur ce point à l'avis du Dr H._____.

l) Dans un avis médical du 14 novembre 2009, le Dr N._____ a résumé les conclusions respectives des Drs H._____ et T._____. Suivant les indications du neurologue, il a conclu que l'incapacité de l'assurée n'était plus le fait de l'accident depuis le 17 août 2009, en relevant en outre que l'état antérieur à l'accident était confirmé avec des troubles dépressifs majeurs annoncés le 28 mars 2008 et traités depuis lors.

B. a) Par décision du 15 décembre 2009, B._____ a considéré que les troubles actuels de l'assurée n'engageaient plus sa responsabilité, retenant qu'ils n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement du 1^{er} novembre 2008. L'assureur-accidents a précisé que le statu quo ante, respectivement le statu quo sine, avait été atteint au plus tard le 30 novembre 2009.

b) Par courriers des 22 et 28 décembre 2009, l'assurée, agissant par l'intermédiaire de son assurance de protection juridique, a formé opposition à la décision précitée, en concluant à son annulation et à la reconnaissance de la continuation de son droit aux prestations d'assurance.

Par écriture du 13 janvier 2010, l'assurée, désormais représentée par l'avocat Jean-Louis Collart, a confirmé son opposition, en faisant valoir en substance que son état de santé était la conséquence, à tout le moins partiellement, de l'accident survenu le 1^{er} novembre 2008.

Dans un premier temps, l'assureur-maladie de J._____ a également formé opposition à la décision du 15 décembre 2009, avant de la retirer le 22 janvier 2010 en indiquant qu'il considérait que les troubles présentés par l'assurée relevaient d'un état maladif.

c) Par décision sur opposition du 2 mars 2010, B._____ a confirmé la décision du 15 décembre 2009 mettant fin aux prestations d'assurance. Elle a retenu en bref que la problématique psychique avait,

avec le temps, pris le devant dans le tableau clinique de l'assurée, la péjoration du trouble dépressif en raison de l'accident n'ayant été que temporaire et ayant pris fin au plus tard le 30 novembre 2009. L'assureur-accidents a relevé que, dans l'hypothèse où le lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques de l'assurée et l'accident du 1^{er} novembre 2008 devait être admis, la prise en charge du cas de l'assurée devrait de toute façon être refusée, un lien de causalité adéquate devant être nié, d'une part parce que les troubles allégués n'étaient pas caractéristiques d'un traumatisme de type "coup du lapin", d'autre part parce qu'il ressortait incontestablement de l'ensemble des avis médicaux versés au dossier que seuls les troubles psychiques de l'assurée ont influencé l'évolution de son état de santé.

C. a) Par acte du 14 avril 2010, l'assurée a recouru contre cette décision sur opposition. Elle fait valoir en substance que les différents rapports médicaux versés au dossier (rapports du Dr H. _____ des 16 mars 2009, 17 août 2009 et 14 septembre 2009; rapports du Dr T. _____ des 28 mai 2009 et 30 octobre 2009) témoigneraient du fait que son état de santé actuel est la conséquence - à tout le moins partiellement - de l'accident du 1^{er} novembre 2008, raison pour laquelle B. _____ devrait être condamnée à continuer à prendre en charge les prestations d'assurance dues à la recourante en raison de ses problèmes de santé. Pour le cas où la Cour de céans devrait estimer que les rapports médicaux versés au dossier ne sont pas suffisants pour démontrer le lien de causalité entre l'accident du 1^{er} novembre 2008 et son état de santé actuel, la recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, à confier à un expert médical indépendant (en particulier un psychiatre ou un neurologue) pour trancher cette question. Sur le fond, la recourante conclut avec suite de dépens à la réforme de la décision attaquée en ce sens que l'intimée doit poursuivre la prise en charge des prestations d'assurance dues à la recourante.

b) Dans sa réponse du 25 mai 2010, l'intimée, représentée par l'avocat Christian Grosjean, rappelle les principes pertinents pour

apprécier la causalité en cas de troubles psychiques consécutifs à un traumatisme de type "coup du lapin". En l'occurrence, s'agissant du lien de causalité naturelle, le statu quo sine était atteint dès le 17 août 2009 pour les troubles physiques et dès le 30 octobre 2009 pour les troubles psychiques. Même s'il fallait reconnaître un lien de causalité naturelle pour les troubles psychiques, il conviendrait de nier tout lien de causalité adéquate, en application de la jurisprudence; en effet, il s'agit d'un accident de gravité moyenne et les divers critères posés par la jurisprudence ne sont pas remplis. L'intimée conclut dès lors, avec suite de frais et dépens, au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

c) Le 2 juin 2010, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier paraissant suffisamment instruit sur le plan médical, il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire médicale. Les parties ont ainsi été informées que la cause était gardée à juger et qu'un arrêt serait rendu dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est donc recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composée de trois magistrats, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]).

2. La recourante reproche à l'intimée d'avoir cessé le service de ses prestations alors même qu'il ressortirait des différents avis médicaux figurant au dossier que son état de santé actuel est la conséquence - à tout le moins partiellement - de l'accident du 1^{er} novembre 2008. Pour le cas où la Cour de céans considérerait que les documents médicaux ne sont pas suffisants pour retenir un lien de causalité entre l'accident du 1^{er} novembre 2008 et son état de santé actuel, la recourante requiert la mise en œuvre d'une expertise judiciaire, par un expert neutre et indépendant, en particulier un neurologue ou un psychiatre.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1), est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), si la 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.

Le droit à des prestations d'assurance suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle mais aussi adéquate. Il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, l'accident soit 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 et les références citées), au point que le dommage puisse encore équitablement être mis à la charge de l'assurance-accidents eu égard aux objectifs poursuivis par la LAA (ATF 123 V 98 consid. 3 et les références; TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; TF U_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., n. 80 p. 865). 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*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss; TF U_215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) La jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les 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 (chute banale); les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Il convient de se fonder sur différents critères, qui ne doivent pas être tous réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux

peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 140 consid. 6c/aa et 409 consid. 5c/aa et les références citées; TFA U 7/06 du 29 septembre 2006 consid. 4.1).

c) Dans un arrêt récent (ATF 134 V 109; TF 8C_406/2009 du 9 avril 2010 consid. 4.2.2), le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt précité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé);
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé);
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée);
- l'intensité des douleurs (formulation modifiée);
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé);

- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé);
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

4. a) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence

entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV no 15 p. 43; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2.). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4; 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

b) En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une évaluation médicale indépendante confiée au Dr H._____, spécialiste FMH en neurologie. Ce spécialiste l'a examinée à deux reprises, la première fois le 23 mars 2009 à la demande de la CNA qui avait provisoirement accepté la prise en charge du cas, la seconde fois le 17 août 2009, à la demande de l'intimée. Ses rapports, datés respectivement du 26 mars 2009 et du 17 août 2009, contiennent un résumé du dossier et une anamnèse, prennent en compte les plaintes subjectives de l'assurée, reposent sur des examens complets, décrivent clairement la situation médicale sur le plan somatique et sur le plan psychique et parviennent à des conclusions claires, convaincantes et parfaitement motivées. A la demande de l'intimée, le Dr H._____ a en outre répondu aux questions spécifiques de l'intimée le 14 septembre 2009, questions qui portaient sur la question du taux de capacité de travail médico-théorique de la recourante. Cela étant, ces rapports remplissent toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 4a supra).

Au demeurant, il faut constater que ni le Dr R._____, médecin traitant, ni le Dr T._____, psychiatre traitant, n'opposent des conclusions différentes de celles de l'expert neurologue. Tous deux se contentent de faire état d'une décompensation de l'état anxio-dépressif de la recourante consécutive à l'accident du 1^{er} novembre 2008, point qui a été examiné et pris en compte par le Dr H._____ dans son évaluation

médicale. Pour le surplus, il convient de noter que le psychiatre traitant est d'avis que l'incapacité de travail de sa patiente est avant tout due à une affection d'ordre neurologique.

En conclusion, pour déterminer si l'intimée était fondée à cesser le versement de ses prestations dès le 30 novembre 2009, on se référera aux conclusions médicales du Dr H. _____ que la Cour de céans fait siennes.

5. a) Au vu de son déroulement et de ses conséquences immédiates, l'accident du 1^{er} novembre 2008 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, sans qu'il soit à la limite des accidents graves (pour comparaison, voir les arrêts : TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 9, 8C_655/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.1, 8C_9/2008 du 17 septembre 2008 consid. 6.1.2, 8C_33/2008 du 20 août 2008 consid. 7.2). En effet, selon le rapport de police établi le 2 novembre 2008 (cf. lettre A.b supra) et le rapport de la CNA du 20 février 2009 (cf. lettres A.e supra), lors de l'accident, la recourante se tenait au volant de sa voiture, était attachée et son appuie-tête était réglé. Si l'accident s'est produit alors que la recourante roulait à la vitesse maximale autorisée sur une autoroute et si son véhicule automobile a subi un dommage total, il n'en demeure pas moins que l'airbag s'est déclenché. Par ailleurs, si la recourante a immédiatement ressenti des douleurs, notamment à la tête, à la nuque et dans le dos, elle n'a pas perdu connaissance, a été en mesure de sortir de son véhicule sans l'intervention des services de désincarcération, n'a pas fait l'objet ni demandé à se soumettre à un examen médical le jour même et a été seule à souffrir de lésions, au contraire de ses enfants pourtant passagers du véhicule.

aa) Les conclusions de l'analyse biomécanique du 27 mai 2009 indiquent que l'accident du 1^{er} novembre 2008 ne s'éloigne pas du "cas normal" de la collision de type "coup du lapin" (p. 3). Les circonstances concomitantes de l'accident ne sauraient dès lors pas être considérées comme particulièrement dramatiques ou comme ayant revêtu un

caractère particulièrement impressionnant. On précisera que la manière dont l'assurée a ressenti ou assumé le choc traumatique n'est pas déterminante et que l'avis du Dr H. _____ sur ce point (il se dit quelque peu étonné des conclusions de l'expertise biomécanique en relevant que l'accident était tout de même impressionnant) ne l'est pas non plus dans la mesure où il n'émane pas d'un spécialiste de la biomécanique.

bb) Dans le rapport médical faisant suite à l'évaluation du 23 mars 2009 (cf. lettres A.f supra), le Dr H. _____ indique qu'il ne fait guère de doute que la recourante a été victime, lors de l'accident du 1^{er} novembre 2008, d'une distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force possiblement associée à une petite commotion cérébrale. L'examen clinique, confirmé par le tracé normal de l'EEG, a révélé une nuque de mobilité très légèrement limitée, dont la mobilisation est un peu sensible localement, avec des muscles paracervicaux et un chef supérieur du trapèze bilatéralement modérément contracturés et sensibles. Les rapports radiographiques confirment que la recourante n'a pas été victime de lésions neurologiques ou organiques. Certes, elle a présenté plusieurs affections, notamment des cervicalgies, des céphalées, des nausées, des vertiges et des troubles psychiques. Il s'agit toutefois, à l'évidence, et comme le relève le Dr H. _____ dans son évaluation du 23 mars 2009, de lésions typiques des accidents de type "coup du lapin". Or, s'agissant précisément de la gravité ou de la nature particulière des lésions, un diagnostic de lésions de type coup du lapin ne suffit pas à lui seul pour admettre que ce critère est réalisé; il faut que les douleurs typiques soient particulièrement intenses, ou que des circonstances très particulières aient influencé le tableau clinique (Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, in RSAS 2008, pp. 62 ss et les arrêts cités). Tel n'est pas le cas ici. En effet, dans son rapport du 26 mars 2009, le Dr H. _____, après avoir relevé que l'état somatique s'était visiblement compliqué d'une décompensation anxio-dépressive voire d'un état de stress post-traumatique, estime que l'absence d'amélioration significative de l'état de la recourante par rapport à l'état post-traumatique immédiat est lié d'une part à l'importance de l'événement accidentel et vraisemblablement d'autre part à des facteurs annexes

secondaires à la situation professionnelle de la patiente et possiblement à un certain degré d'état de stress post-traumatique. Il conclut que la recourante reste alors visiblement encore en incapacité de travail complète. Dans le rapport du 17 août 2009 faisant suite à la seconde évaluation de l'état de santé de la recourante (cf. lettres A.i supra), le Dr H._____ relève que les plaintes de l'intéressée sont tout à fait superposables qualitativement et quantitativement à celles exprimées lors de l'examen précédent; il en va de même des constatations objectives lors de l'examen clinique. S'il se dit un peu étonné par les conclusions de l'analyse biomécanique, les circonstances de l'accident évoquant tout de même un événement accidentel relativement important, le neurologue confirme toutefois les conclusions de sa précédente évaluation en ce sens que l'évolution défavorable du cas de l'assurée s'explique au moins en grande partie par les facteurs psychologiques en relation d'une part avec les circonstances de l'accident et d'autre part la situation professionnelle (et peut-être personnelle) de la patiente.

Dans le rapport faisant suite à la seconde évaluation de l'état de santé de la recourante le 17 août 2009, le Dr H._____ relève que si les troubles présentés par celle-ci ont été déclenchés par l'événement accidentel, leur évolution diverge toutefois clairement de l'évolution habituelle de ce type de traumatisme au vu des éléments psychologiques. Sur le plan de la capacité de travail, il estime absolument nécessaire une reprise progressive d'une activité professionnelle. Dans un rapport complémentaire du 14 septembre 2009 (cf. lettres A.j supra), le Dr H._____ précise son appréciation, indiquant qu'en ce qui concerne les seuls facteurs somatiques en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} novembre 2008, la capacité de travail médico-théorique de la recourante est complète (plein temps avec un rendement de 100 %). Quant au taux de capacité de travail médico-théorique global effectif, qui tient compte de l'aspect psychiatrique, il indique qu'il est apparemment encore nul, en confirmant toutefois son avis du 17 août précédent, selon lequel une reprise progressive d'une activité professionnelle est formellement indiquée, avec vraisemblablement un encadrement, notamment psychologique.

Des explications claires et circonstanciées telles qu'elles résultent des différents rapports du Dr H._____, on comprend, en ce qui concerne les troubles psychiques que présente la recourante, que si, lors de la première évaluation médicale du 13 mars 2009, ils faisaient partie du tableau clinique typique tel qu'il résulte d'un traumatisme de type "coup du lapin", leur persistance lors de la seconde évaluation du 17 août 2009, soit plus de six mois après l'accident, s'expliquait en grande partie par la situation professionnelle et peut-être personnelle de la recourante. Cet avis est conforté par les indications du médecin et du psychiatre traitants qui font l'existence d'un état dépressif majeur prévalant quelques mois avant l'événement accidentel (mars 2008) qui avait alors nécessité l'introduction d'une médication idoine et l'intervention du Dr T._____. Ainsi, on retiendra que le statu quo sine était atteint au moment de la seconde évaluation neurologique.

Quant aux cervicalgies post-traumatiques, si, dans un premier temps, elles sont apparues comme clairement secondaires au traumatisme, soit en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} novembre 2008, le statu quo ante aurait toutefois dû être atteint au plus tard le 17 août 2009. On se trouve donc bien en présence d'un traumatisme cranio-cervical par décélération et d'une chronicisation des douleurs. Cela étant, il faut laisser ouvert le point de savoir si la recourante présentait encore, le 17 août 2009, des symptômes somatiques (douleurs cervicales notamment) dus à un traumatisme cervical de type "coup du lapin", ou s'il s'agissait désormais d'atteintes à la santé sans rapport avec ce traumatisme.

cc) Le traitement prodigué à la recourante a consisté en le port d'une minerve immédiatement après l'accident, une médication à base d'antalgiques, d'anti-dépresseurs et d'anxiolytiques, des séances de physiothérapie et des consultations psychiatriques. Cela étant, et même si la recourante a interrompu d'elle-même le traitement physiothérapeutique qui lui avait été préconisé en prétextant de trop importantes douleurs, on

ne saurait parler d'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible.

dd) Il n'apparaît pas non plus à la lecture du dossier que la recourante aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. On ne relève pas non plus de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes, si ce n'est celles mentionnées par le Dr H._____, qu'il attribue à l'état psychologique de la recourante, lequel s'expliquerait, toujours selon le Dr H._____, par des difficultés professionnelles, peut-être personnelles et une fragilité psychiatrique antérieure à l'événement accidentel.

Reste que la recourante n'a pas repris d'activité professionnelle depuis l'accident du 1^{er} novembre 2008. Le psychiatre traitant atteste une incapacité totale de travail, en l'attribuant toutefois aux lésions neurologiques dont souffrirait la recourante. Or, on a vu que la recourante ne présentait aucune lésion ni neurologique, ni organique. Cela étant, on rappellera que le Dr H._____ a retenu que la capacité de travail de la recourante était totale dès le 17 août 2009 si on tenait compte des seuls troubles somatiques. En ce qui concerne le taux de capacité de travail médico-théorique global effectif tenant compte de l'aspect psychiatrique, il indique qu'il est apparemment encore nul, tout en confirmant son avis du 17 août précédent, selon lequel une reprise progressive d'une activité professionnelle est formellement indiquée, avec vraisemblablement un encadrement, notamment psychologique. Cela étant, on ne saurait considérer qu'après le 17 août 2009, l'incapacité de travail de la recourante était en relation de cause à effet avec l'événement accidentel du 1^{er} novembre 2008.

b) Les critères devant être réunis pour que la causalité adéquate soit admise selon la jurisprudence du Tribunal fédéral faisant défaut, on ne saurait admettre l'existence d'un tel rapport de causalité entre les symptômes dont souffre la recourante et l'accident du 1^{er} novembre 2008, au-delà du 30 novembre 2009.

Le lien de causalité étant nié à cette date, l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations.

6. En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais de justice.

Bien qu'obtenant gain de cause et agissant avec le concours d'un avocat, l'intimée n'a pas droit à des dépens. En effet, en prévoyant à l'art. 61 let. g LPGA que le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais dans la mesure fixée par le tribunal, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2^e éd., Zurich-Bâle-Genève 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791), comme c'était d'ailleurs déjà le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 V 143 consid. 4), sous réserve, selon la jurisprudence, du cas où le recourant a agi de manière téméraire ou témoigné de légèreté (ATF 127 V 205 consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

**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 rendue le 2 mars 2010 par B._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire, 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 Jean-Louis Collart, avocat à Genève (pour la recourante),
- Me Christian Grosjean, avocat à Genève (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique, à 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 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 :