

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 avril 2011

Présidence de M. ABRECHT
Juges : MM. Schmutz et Gutmann, assesseurs
Greffière : Mme Donoso Moreta

Cause pendante entre :

A.Q._____, à Ecublens, recourante, représentée par Me Claudio Venturelli, avocat à Lausanne

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée

Art. 6 al. 1 LAA; 4 LPGA

E n f a i t :

A. a) A.Q._____ (ci-après: l'assurée, la recourante), née le 4 février 1962, domiciliée à Ecublens, a été employée depuis le 1^{er} octobre 2001 comme vendeuse en confection à 50% par la société K._____ puis par la société J._____, lorsque cette dernière a repris les succursales de K._____ au 1^{er} octobre 2004. A ce titre, elle était assurée auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accident (ci-après: CNA) contre les accidents professionnels et non professionnels.

b) En date du 8 décembre 2006, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation; le véhicule automobile conduit par son époux, B.Q._____, dans lequel elle avait pris place comme passagère avant et qui circulait à une vitesse de 80 km/h, a subi une collision contre un véhicule ayant fortuitement opéré une manœuvre de demi-tour sur route et dont le côté gauche a percuté l'avant droit du véhicule dans lequel se trouvait l'assurée. Lors de l'impact, l'assurée a heurté la portière avant droite de l'habitacle. Par la suite, la voiture de M. B.Q._____ a été déclarée en dommage total par l'assurance; il ressort des photographies au dossier que la partie avant de celle-ci a été entièrement endommagée. L'habitacle lui-même n'a toutefois pas été déformé par la collision.

c) Au CHUV, où l'assurée a dû être acheminée en ambulance, la Dresse E._____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué des contusions thoraciques et cervicales. Elle a également relevé que ni la radiographie cervicale ni la scanographie thoraco-abdominale effectuées n'avaient révélé une quelconque lésion traumatique. Un traitement conservateur a alors été prescrit et un arrêt de travail attesté jusqu'au 11 décembre 2006. Par la suite, une fracture de l'incisive supérieure gauche a également été diagnostiquée par le Dr N._____, médecin dentiste en France.

d) L'accident précité a été annoncé le 19 décembre 2006 par l'employeur de l'assurée à la CNA, qui l'a pris en charge.

B. a) Dans un rapport médical du 15 janvier 2007 adressé à la CNA, la Dresse E._____ a indiqué que sa patiente souffrait toujours d'importantes douleurs thoraciques et cervicales, que le traitement antalgique et anti-inflammatoire se poursuivait et que des séances de physiothérapie lui avaient été prescrites. La reprise du travail n'était donc, à ce stade, pas encore envisageable. Le 8 février 2007, lors d'un entretien avec un inspecteur de la CNA, l'assurée s'est plainte notamment de douleurs dans la partie gauche du thorax et dans le dos, de maux de tête permanents, de cervicalgies irradiant dans l'épaule gauche, de nausées et de troubles du sommeil générant une grande fatigue. Dans un certificat médical daté du 26 février 2007, la Dresse E._____ a indiqué avoir prescrit à l'assurée des séances de sophrologie pour combattre les douleurs multiples, les céphalées de tension et les insomnies dont elle souffrait.

b) Dans un rapport d'IRM cervicale et cérébrale daté du 17 janvier 2007, le Dr M._____, spécialiste FMH en radiologie, a diagnostiqué une discopathie simple en C5-C6 et en C6-C7, ainsi qu'une contusion et une petite fracture ostéo-sous-chondrale antéro-supérieure de D2, probablement récente et consécutive à l'accident. Sur le plan cérébral toutefois, aucune lésion post-traumatique, expansive ou inflammatoire, n'a été relevée. Un bilan radiologique de la colonne cervico-dorsale et du thorax, effectué le 15 mars 2007 par la Dresse C._____, spécialiste FMH en radiologie, a conclu à une discarthrose C2-C3, une discopathie C4-C5 modérée, une suspicion de tassement vertébral modéré de D5 et une fracture en voie de consolidation de l'arc latéral de la 6^e côte gauche, mais a relevé l'absence de lésion traumatique décelable.

c) En date des 13 et 23 mars 2007, l'assurée a fait l'objet d'un examen par le Dr W._____, spécialiste FMH en neurologie, pour des problèmes de céphalées, de douleurs intra-scapulaires et d'acouphènes. Dans son rapport médical du 23 avril 2007, ce spécialiste a indiqué qu'il

n'y avait, sur le plan neurologique, aucun dommage décelable consécutif au traumatisme de décembre 2006 et qu'un électroencéphalogramme réalisé le 23 mars 2007 avait montré un tracé normal. Il a estimé que la symptomatologie douloureuse au niveau thoracal était à mettre en relation avec l'accident et s'expliquait par une fracture de la 6^e côte gauche et par des fractures-tassement mineures des 2^e et 5^e vertèbres dorsales, mais a néanmoins vivement conseillé à sa patiente de reprendre ses activités professionnelles.

d) Sur demande du médecin d'arrondissement de la CNA, l'assurée a séjourné à la Clinique romande de réadaptation à Sion (ci-après : CRR) du 30 mai au 4 juillet 2007, en vue de la réalisation d'un bilan multidisciplinaire. Le rapport médical établi en date du 16 juillet 2007 par le Dr H. _____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en rhumatologie, basé sur les diverses investigations médicales effectuées lors de ce séjour, retient notamment ce qui suit :

« Le bilan neurologique avec ENMG conclut à une discrète neuropathie d'enclavement du nerf médian gauche au tunnel carpien, de type sensitif et myélinique, très peu symptomatique, et qui ne nécessite aucune mesure thérapeutique spécifique. Par ailleurs, l'examen électroclinique est normal, il n'amène aucun indice d'atteinte radiculaire, plexulaire ou tronculaire, susceptible d'expliquer la limitation fonctionnelle et douloureuse de l'épaule gauche. En particulier, les paramètres des nerfs supra-scapulaires et du nerf axillaire sont dans les limites normales.

Le bilan biologique ne montre pas de syndrome inflammatoire. On relève un cholestérol un peu élevé.

La patiente se plaignant occasionnellement de vertiges, un test de Shollong a été effectué : cet examen est normal.

Du consilium psychiatrique, on relève une histoire difficile, avec maltraitance dans l'enfance et apport parental carencé. On a l'impression que la patiente traîne un fond dépressif dès les débuts de l'âge adulte, même si son mariage a pu stabiliser les choses. L'histoire médico-chirurgicale est aussi marquée par plusieurs accidents de circulation, dont un a laissé des séquelles esthétiques. Celui du 08.12.2006 laisse des traces psychologiques, avec un fond d'anxiété, sans qu'on ait pourtant aujourd'hui le seuil diagnostique d'un état de stress post-traumatique. On conclut à un trouble dysthymique, c'est-à-dire à un état dépressif chronique depuis de nombreuses années, que certains assimilent à un trouble de la personnalité. Il n'a pas la sévérité d'un trouble dépressif majeur. Il n'a pas de valeur invalidante en soi, il n'en dégrade pas moins

significativement la qualité de vie de la patiente. Un soutien psychothérapeutique a été effectué durant le séjour. La patiente a participé également au groupe relaxation. Un antidépresseur pourrait être prescrit. Nous laissons le soin au médecin traitant de l'introduire s'il le juge nécessaire.

Un conseil spécifique de l'épaule est effectué. On note des mobilités variables, avec une abduction complète à l'entrée et de 90° au cours du séjour. Les rotations sont symétriques, le tableau clinique pourrait évoquer des signes d'accrochage sous-acromial, sans atteinte importante de la coiffe. Les RX standards sont normales. Une lésion du bourrelet ayant été évoquée auparavant, une arthro-IRM de l'épaule gauche a été réalisée. Cet examen montre une intégrité du bourrelet, ainsi que des ligaments gléno-huméraux. La congruence articulaire est bonne, il n'y a pas de lésion des tendons de la coiffe des rotateurs, ni de bursite.

Du point de vue antalgique, une infiltration sous-acromiale a été proposée à la patiente, mais refusée par cette dernière.

Durant le séjour, la patiente suit un programme de physiothérapie comprenant des thérapies actives et passives, à sec et en piscine, de mobilisation du rachis et de l'épaule G, des étirements musculaires, du renforcement des muscles stabilisateurs de la nuque, du tronc et du reconditionnement global. Subjectivement, la patiente déclare des progrès mais encore des difficultés pour les activités ménagères et la marche au-delà de 2h00. Objectivement, on note la persistance d'un déconditionnement physique et de difficultés pour les activités au-dessus du niveau des épaules à gauche. Les performances sont en dents-de-scie pour des raisons inexplicables du point de vue somatique. »

En résumé, le Dr H. _____ a retenu que l'accident du 8 décembre 2006 avait provoqué une fracture de l'arc latéral de la 6^e côte gauche, une fracture mineure de D5 et une éventuelle fracture mineure du plateau supéro-antérieur de D2. Selon ce médecin, les investigations entreprises ne montraient toutefois aucune lésion susceptible d'expliquer les douleurs alléguées par l'assurée, dont la capacité de travail a été déclarée nulle du 5 au 8 juillet 2007 puis de 50% (sous réserve de réévaluation) du 9 au 29 juillet 2007.

e) Aucune reprise de l'activité professionnelle n'est toutefois intervenue, et l'assurée a été licenciée par son employeur avec effet au 31 août 2007.

f) Par la suite, l'assurée a bénéficié d'un suivi psychothérapeutique à visée essentiellement antalgique, et d'une prise en

charge par le Dr D._____, spécialiste FMH en médecine physique et réhabilitation à la Clinique [...] à [...]. Dans ses rapports médicaux des 29 novembre 2007, 17 mars et 29 juillet 2008, ce spécialiste a posé les diagnostics de cervico-scapulalgies gauches dans un contexte de séquelles de whiplash de stade II selon le Québec Task Force et de stress post-traumatique, ainsi que de dorso-lombalgies dans un contexte de souffrances algodysfonctionnelles. Il a fait état d'une évolution favorable et a estimé que la reprise du travail, dans une activité adaptée, serait souhaitable, afin de ne pas tomber dans un cercle vicieux de chronicité.

g) En date du 1^{er} octobre 2008, l'assurée a été examinée par le Dr R._____, spécialiste FMH en neurologie. Dans un rapport médical adressé le 3 octobre 2008 au médecin-conseil de la CNA, ce spécialiste a conclu que le bilan neurologique effectué ne démontrait pas l'existence d'une atteinte neurologique significative et qu'il était fort possible que les plaintes de l'assurée soient dues à des événements antérieurs à celui du 8 décembre 2006, en particulier aux conséquences de quatre accidents de la circulation qu'elle a déclaré avoir subi dans les années 1980 à 1990 et dont elle a admis avoir gardé comme séquelles des migraines, des sensations vertigineuses et des rachialgies.

Lors d'un entretien du 5 décembre 2008 avec un inspecteur de la CNA, l'assurée a confirmé avoir subi quatre accidents de la route au Portugal. Lors du deuxième, la voiture dans laquelle elle se trouvait avait fait plusieurs tonneaux; lors du troisième, l'assurée avait traversé le pare-brise avec la tête. Le dernier accident était arrivé en sortant de l'hôpital après le troisième accident, son chauffeur ayant percuté un arbre. Elle a également indiqué que ses migraines et ses douleurs dorsales étaient apparues vers 1990 environ.

h) Le 11 décembre 2008, le Dr T._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est rallié aux conclusions du Dr R._____ et a considéré qu'au vu des antécédents traumatiques et de la présence d'une souffrance dégénérative cervicale antérieure à l'accident du 8 décembre 2006, il convenait de retenir qu'à la

date du 1^{er} novembre 2008, l'événement précité avait cessé de déployer des effets, le *statu quo sine* étant alors atteint.

C. **a)** Par décision du 12 décembre 2008, la CNA a mis un terme à ses prestations d'assurance versées suite à l'accident du 8 décembre 2006, au motif que le *statu quo sine* était atteint au 31 décembre 2008, les troubles subsistant à cette date n'étant plus depuis lors que de nature malade.

b) Représentée par Me Claudio Venturelli, A.Q._____ a formé opposition contre cette décision en date du 8 janvier 2009, affirmant que ses troubles actuels, qui entraînaient toujours une incapacité de travail, restaient encore en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 8 décembre 2006. A l'appui de ses allégations, elle a produit les documents suivants:

- un rapport d'expertise psychiatrique daté du 11 février 2010, rédigé par le Dr V._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui retient les diagnostics d'épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F32.10) et d'état de stress post-traumatique (F43.1) en rémission. Ce médecin estime que les affections dont souffre l'assurée entraînent, sous l'angle psychiatrique, une incapacité de travail de 70 % dans toute activité, et qu'elles sont en relation de causalité avec l'accident du 8 décembre 2006, malgré une vulnérabilité psychique préexistante;
- un courrier du 7 novembre 2009 adressé à Me Venturelli par le Dr B._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie suivant régulièrement l'assurée, qui retient les diagnostics d'état de stress post-traumatique et de trouble dysthymique. Ce médecin considère que la capacité de travail de l'assurée est de l'ordre de 20 à 30 % dans une activité adaptée et que ses affections actuelles sont en lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2006.

c) Par décision sur opposition du 18 mai 2010, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Se basant sur les différents rapports

médicaux au dossier, elle a tout d'abord retenu que les cervicalgies de l'assurée devaient désormais être mises sur le compte de facteurs dégénératifs étrangers à l'accident assuré et que les fractures subies ne nécessitaient plus d'approche thérapeutique spécifique ni ne généraient d'incapacité de travail. Quant aux autres souffrances ressenties par l'assurée, elles n'auraient pas de fondement organique.

Examinant ensuite la question de l'existence d'un lien de causalité adéquate entre la symptomatologie présentée par l'assurée et l'accident du 8 décembre 2006 en fonction de la jurisprudence développée en matière de troubles psychiques, la CNA a relevé qu'en ce qui concerne les accidents de gravité moyenne, la réponse à cette problématique ne dépend pas uniquement de la qualification de l'accident, mais également d'autres circonstances objectives en relation avec celui-ci. Après avoir rappelé les critères que la jurisprudence demande d'examiner, la CNA a indiqué ce qui suit :

« En l'occurrence, le sinistre doit être considéré, au sens de l'arrêt du Tribunal fédéral du 4 janvier 2010 (8C_786/2009), comme moyen. Aussi, le déroulement de celui-ci n'est-il objectivement pas impressionnant; les lésions physiques subies n'étaient pas graves; de même, l'on ne peut concevoir que le processus de guérison ait été émaillé de difficultés ou de complications importantes; en particulier, l'on ne dénote pas d'erreur médicale; quant à la reprise du travail, elle a été empêchée par des facteurs psychiques qui ne sauraient être pris en considération dans le cas présent; il n'est d'ailleurs pas indifférent de rappeler qu'une capacité partielle de travail avait déjà été fixée - en dépit du désaccord clairement exprimé par Mme A.Q. _____ - à compter du 9 juillet 2007 (cf. rapport du 16.07.2007 de la CRR); la durée du traitement - essentiellement symptomatique - ne peut pas non plus être qualifiée d'anormalement longue. Enfin, si Mme A.Q. _____ peut se prévaloir de douleurs persistantes, il y a lieu de souligner que des facteurs tensionnels se sont très vite posés comme l'élément essentiel de la symptomatologie présentée.

Si l'on peut comprendre le fait que Mme A.Q. _____ éprouve de sérieuses difficultés à reprendre le cours normal de l'existence et s'oppose dès lors à l'arrêt du versement par la Suva des prestations d'assurance, il faut également convenir que l'existence d'un lien de causalité adéquate, tel que défini par la Haute Cour, doit être niée. Aussi, les cervicalgies devant être mises sur le compte de facteurs dégénératifs étrangers à l'accident assuré et les fractures subies ne nécessitant pas d'approche thérapeutique spécifique et ne générant pas d'incapacité de travail, il en résulte que la Suva Lausanne était en droit de mettre un terme au paiement des frais médicaux et

d'interrompre le service de l'indemnité journalière au 31 décembre 2008.

En considération de l'ensemble de ce qui précède, la décision querellée mérite d'être confirmée de sorte que l'opposition doit être rejetée. »

d) Par acte du 18 juin 2010, l'assurée, toujours représentée par Me Venturelli, a recouru contre cette décision sur opposition en concluant, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la CNA continue de prendre en charge les conséquences de l'accident du 8 décembre 2006 et en particulier poursuive le versement des indemnités journalières en faveur de la recourante dès le 1^{er} janvier 2009, avec intérêts à 5% l'an dès cette date, subsidiairement en ce sens que la CNA verse à la recourante une rente d'invalidité d'un taux fixé à dire de justice, ainsi qu'un montant correspondant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un taux non inférieur à 10%. Plus subsidiairement, la recourante a conclu à l'annulation de la décision sur opposition entreprise et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire.

S'agissant des atteintes somatiques, la recourante conteste le point de vue de la CNA, qui nie l'existence d'une quelconque atteinte somatique en lien de causalité adéquate avec l'accident. Exposant être encore dans l'attente de renseignements médicaux complémentaires, elle se réserve la possibilité de développer ultérieurement ce point.

S'agissant des atteintes psychiques, la recourante relève tout d'abord que l'intimée ne paraît pas contester l'existence de troubles de nature psychique ayant une influence sur la capacité de travail de la recourante, ni celle d'un lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident du 8 décembre 2006. Elle soutient ensuite que c'est à tort que la CNA nie l'existence d'un lien de causalité adéquate. Selon la recourante, si l'événement du 8 décembre 2006 doit effectivement être qualifié d'accident de gravité moyenne, il se trouverait cependant à la limite de la catégorie des accidents graves, dès lors qu'il aurait été particulièrement violent et aurait objectivement pu avoir des conséquences mortelles: en

effet, le véhicule conduit par l'époux de la recourante roulait à 80 km/h et celui de la responsable à plus de 40 km/h, ceci dans un contexte de choc frontal; la violence du choc est d'ailleurs attestée par les photos au dossier, ainsi que par le rapport de l'expert mandaté par l'assureur, qui a déclaré les deux véhicules en dommage total. En deuxième lieu, la recourante soutient que plusieurs des critères posés par la jurisprudence pour l'admission du lien de causalité adéquate sont remplis dans son cas; en effet, elle aurait fait l'objet d'erreurs dans le traitement médical et de difficultés apparues au cours de la guérison, dès lors que le diagnostic de «whiplash de stade II» n'a été posé par le Dr D. _____ que fin 2007, alors qu'elle s'était immédiatement plainte après l'accident de nombreux symptômes connus pour être la conséquence d'un «coup du lapin» (nausées, vomissements, insomnies, cauchemars). Par ailleurs, elle expose que le whiplash de stade II justifiait à lui seul une incapacité de travail totale de longue durée, selon le rapport du Dr D. _____ du 29 novembre 2007, et qu'elle peut également se prévaloir de douleurs persistantes depuis la survenance de l'accident.

La recourante expose enfin que la décision du 12 décembre 2008 et la décision sur opposition du 18 mai 2010 n'abordent absolument pas la question de l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ci-après: IPAI). Pourtant, dans son rapport du 3 octobre 2008, le Dr R. _____ concluait à la reconnaissance d'une IPAI comprise entre 5 et 10%. Aucune raison ne justifiant de s'écarter des conclusions de ce spécialiste, il y aurait lieu de reconnaître à la recourante une IPAI d'un taux non inférieur à 10%.

e) Dans sa réponse du 20 septembre 2009, la CNA a conclu au rejet du recours. En ce qui concerne l'existence de séquelles physiques de l'accident assuré qui justifieraient encore un traitement ou une incapacité de travail, la CNA affirme qu'elle ne peut être établie. Pour ce qui a trait au lien de causalité naturelle entre les troubles psychiques de la recourante et l'accident du 8 décembre 2006, l'intimée relève que la question de son existence peut demeurer indéterminée, dans la mesure où celle d'un lien de causalité adéquate fait quant à elle défaut. En effet, la CNA retient que

l'accident de décembre 2006 doit être qualifié de gravité moyenne et qu'il ne remplit pas les critères posés par la jurisprudence pour se trouver en lien de causalité adéquate avec les troubles psychiques de la recourante. A cet égard, elle retient notamment que le déroulement de l'accident, tel que décrit dans le rapport établi par la gendarmerie vaudoise, n'apparaît pas particulièrement dramatique, que la recourante n'aurait pas subi de lésions physiques graves et que la durée du traitement, par ailleurs adéquat, n'aurait pas été anormalement longue.

Concernant la demande d'indemnité pour atteinte à l'intégrité faite par la recourante, la CNA relève qu'elle ne s'est pas encore prononcée formellement sur cette question, raison pour laquelle on ne saurait entrer en matière sur ce point dans le cadre de la présente procédure. Enfin, l'intimée conclut au rejet de la requête de la recourante tendant à la mise en oeuvre d'une expertise médicale, dans la mesure où le dossier aurait été suffisamment instruit.

f) Dans sa réplique du 15 novembre 2010, la recourante a requis formellement la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire, qui permettrait selon elle de clarifier une fois pour toutes son état de santé et de déterminer les séquelles physiques et psychiques en relation avec l'accident de décembre 2006. Elle a pour le surplus renvoyé intégralement à son mémoire de recours du 18 juin 2010.

g) Le 16 novembre 2010, le juge instructeur a informé les parties que, le dossier apparaissant suffisamment instruit sur le plan médical, il n'était pas donné suite, en l'état, à la requête d'expertise médicale judiciaire formulée par la recourante; il a toutefois réservé l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait.

E n d r o i t :

1. a) 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 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. 56 et 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).

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). En vertu de l'art. 93 al. 1 let. a LPA-VD, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause.

c) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il répond également aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier à l'art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à continuer à bénéficier, au-delà du 31 décembre 2008, de prestations de l'assurance-accidents, soit du versement d'indemnités journalières ou d'une rente, ainsi que sur son droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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. Aux termes de l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose

ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (ATF 129 V 402, consid. 2.1; 122 V 230, consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s., consid. 2). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1).

4. a) L'existence d'un lien de causalité naturelle est admise lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que, associé à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte. Il s'agit là d'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; 402, consid. 4.3).

b) 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*) (cf. 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 soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335, consid.

2b/bb). Il convient en principe au contraire d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

Cela étant, en matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique qui présente de multiples plaintes, pour autant que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109, consid. 9, TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2 et les références).

c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être limité par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de statuer sur les prétentions litigieuses (ATF 125 V 351, consid. 3a).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe 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 et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351, consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de

médecins consultés par l'assuré, elles 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106 consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless précité, n. 688c, p. 1025). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2).

d) Ainsi, la première question à résoudre est celle de savoir si les caractéristiques d'un traumatisme de type « coup du lapin » ont été diagnostiquées dans le cas d'espèce. Le tableau clinique caractéristique retenu par la jurisprudence à ce propos fait état des plaintes suivantes: maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et plaintes multiples. Par ailleurs, des douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 et les références). Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359, consid. 4b ; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58).

e) Dans le cas particulier, le diagnostic de séquelles de "whiplash de stade II" ou "coup du lapin" a bien été posé par le Dr D. _____ dans son rapport du 29 novembre 2007. Il est toutefois à relever que cette affection n'a été diagnostiquée pour la première fois qu'une année environ après l'accident subi par la recourante. Cela étant, et comme l'admet par ailleurs l'intimée, il ressort des pièces du dossier que la recourante en a rapidement présenté le tableau clinique

caractéristique. Le 8 février 2007, la recourante se plaignait en effet auprès d'un inspecteur de la CNA de diverses douleurs, de maux de tête, de cervicalgies, de nausées et de fatigue. Ces plaintes, ainsi que des vertiges et des troubles psychiatriques, ont par la suite été attestés dans divers rapports médicaux. Il semble également probable que des cervicalgies se soient bien manifestées dans le délai de 72 heures après l'accident, le rapport du CHUV du 7 janvier 2007 faisant état de contusions cervicales, et le rapport du 15 janvier 2007 établi par la Dresse E. _____ signalant que sa patiente souffrait toujours de douleurs cervicales. La recourante a toutefois admis avoir gardé comme séquelles d'accidents antérieurs des migraines, des sensations vertigineuses et des rachialgies, raison pour laquelle il est permis de douter de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre certaines plaintes exprimées par la recourante et l'accident de décembre 2006. Cela étant, cette question peut demeurer ouverte, dans la mesure où, comme il sera démontré dans ce qui suit, un rapport de causalité adéquate fait défaut dans le cas d'espèce.

5. a) Le droit à des prestations d'assurance suppose en effet également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. Il s'agit là d'une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403, consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

b) En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102, consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un événement dommageable et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a

tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement et des lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

c) Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre celui-ci et des troubles psychiques développés par l'assuré doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave au contraire, l'existence du lien de causalité adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. Enfin, en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

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

Tous ces critères ne doivent toutefois pas être réunis pour que le lien de causalité adéquate soit admis. 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 du peu de gravité, les critères à prendre en considération devront se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques soit admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4; 115 V 133, consid. 6c/aa; 115 V 403, consid. 5c/aa).

d) Dans les 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, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité, selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

a.a) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique (cf. consid. 5.c supra) - à la différence qu'il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359, consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 407, consid. 3b) - avec néanmoins certaines modifications (ATF 134 V 109, consid. 10.3). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé);
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé);
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (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).

b.b) Toutefois, lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 403), en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle, qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit parce qu'elle serait intervenue immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces autres atteintes n'auraient joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98, consid. 2a; TFA U 164/01 du 18 juin 2002, consid. 3b), soit encore parce que les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type "coup du lapin", d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000, consid. 2b; ATF 134 V 109, consid. 9.5; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 3.2, et 8C_591/2007 du 14 mai 2008, consid. 3.1).

e) La recourante expose qu'elle souffre toujours d'atteintes somatiques et de troubles psychiques qui seraient en lien de causalité adéquate avec son accident de décembre 2006. Concernant les atteintes somatiques, aucun rapport médical au dossier ne fait état de lésions qui subsisteraient au moment déterminant, soit le 1^{er} janvier 2009, date à laquelle la CNA a cessé la prise en charge des frais médicaux et le versement de l'indemnité journalière à la recourante. L'IRM pratiquée le 17 janvier 2007 indique, au niveau cérébral, l'absence de toute lésion post-traumatique. Elle ne fait état que d'une contusion avec petite fracture ostéo-sous-chondrale au niveau cervical. Le rapport de radiographie du 15 mars 2007 ne signale toutefois plus aucune lésion de ce genre. Au mois de mars 2007, le Dr W. _____ a conclu à l'absence de dommage décelable consécutif au traumatisme de décembre 2006; il ne fait état que d'une symptomatologie douloureuse au niveau thoracal, mais indique qu'un

traitement antalgique mineur devrait être suffisant pour résoudre le problème. Ce médecin a d'ailleurs vivement conseillé à sa patiente de reprendre le travail. A l'issue du séjour de la recourante à la CRR, les médecins ont relevé que les investigations cliniques, radiologiques et biologiques ne montraient pas de lésions susceptibles d'expliquer les douleurs alléguées par la recourante. Enfin, lors de son examen du 1^{er} octobre 2008, le Dr R._____ a conclu à l'absence d'atteinte neurologique significative. Certes, la recourante a exposé dans son mémoire du 18 juin 2010 être encore dans l'attente de renseignements médicaux complémentaires à ce sujet. Elle n'a toutefois produit aucune pièce qui attesterait de la persistance d'éventuelles lésions consécutives à son traumatisme. Au vu de ces éléments, force est de constater que l'existence de séquelles physiques de l'accident assuré ne peut pas être établie. En effet, les fractures subies ne nécessitent plus d'approche thérapeutique spécifique et ne génèrent plus d'incapacité de travail. Quant aux autres troubles ayant un fondement organique, les diverses investigations médicales n'ont mis en évidence que des discopathies dégénératives, étrangères à l'accident assuré.

f) Cela étant, il ressort des pièces du dossier que l'assurée a développé, après l'accident de 2006, des troubles psychiques qui ont pris une importance prédominante dans l'évolution de son état de santé. Le rapport d'expertise psychiatrique établi par le Dr V._____ en date du 11 février 2010, qui remplit les critères jurisprudentiels pour se voir accorder valeur probante, retient que la recourante a présenté un effondrement progressif de ses mécanismes de défenses psychiques après l'accident de décembre 2006, qui a conduit aux diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique et d'état de stress post-traumatique en rémission.

g) Au vu de l'absence de troubles organiques médicalement établis et de la présence de troubles psychiques, il convient d'appliquer au cas de la recourante la jurisprudence fédérale en matière de troubles psychiques, afin d'établir l'éventuelle existence d'un lien de causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident assuré. Il est par ailleurs à relever que

la question de la dénomination exacte du mécanisme accidentel ("coup du lapin" ou autre) peut dans ce cas rester ouverte, au vu de l'importance prédominante des troubles psychiques dans l'évolution de l'état de santé de la recourante.

a.a) Il convient donc dans un premier temps de déterminer le degré de gravité de l'accident de décembre 2006, au regard de la jurisprudence en la matière (cf. consid. 5.b supra). Les deux parties conviennent de la qualification de celui-ci comme accident de gravité moyenne. La recourante reproche toutefois à l'intimée d'avoir mal apprécié les circonstances du cas d'espèce et affirme que l'accident dont elle a été victime se trouve plutôt à la limite de la catégorie des accidents graves. Pour motiver son point de vue, elle le décrit comme particulièrement violent, estimant même qu'il aurait pu avoir des conséquences mortelles, vu que le véhicule conduit par son époux roulait à environ 80 km/h et celui de la responsable à 40 km/h, dans un contexte de choc frontal. Ce raisonnement ne saurait être suivi. En effet, il ressort du rapport de la gendarmerie que le choc n'a pas été frontal, dans la mesure où l'avant droit du véhicule dans lequel se trouvait la recourante a subi une collision avec le côté gauche du véhicule fautif. De plus, il ressort notamment des photographies numéro 7, 8 et 11 figurant dans le rapport d'expertise de l'assurance du véhicule que l'habitacle n'a pas été déformé par le choc, qui a par ailleurs été amorti par deux airbags. Enfin, les lésions subies par la recourante n'ont pas présenté de gravité particulière. A titre d'exemple, selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C_182/2009 du 8 décembre 2009). A la lumière de ce qui précède, l'accident dont a été victime la recourante doit être qualifié de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves.

b.b) Il découle de cette qualification que les critères à prendre en considération pour pouvoir établir un lien de causalité adéquate entre cet accident et les troubles psychiques de la recourante doivent se cumuler ou revêtir une certaine intensité pour qu'un tel lien puisse être admis. En l'espèce, la condition des circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est pas remplie. Certes, il est vrai que chaque accident de gravité moyenne possède en lui-même un certain caractère impressionnant. Ce seul fait ne suffit toutefois pas pour remplir ce premier critère (TF 8C_1020/2008 du 8 avril 2009, consid. 5.2). En l'espèce, au vu du rapport de police et de l'expertise de l'assurance du véhicule, le déroulement de l'accident n'a pas été tel qu'il puisse être qualifié de particulièrement dramatique ou impressionnant. Les lésions physiques causées par l'accident n'ont pas non plus été particulièrement graves: la recourante n'a en effet souffert que de contusions et de fractures mineures, qui se sont par ailleurs correctement consolidées par la suite, sans complications. La durée du traitement médical n'a pas été anormalement longue, compte tenu notamment du fait que celui-ci a consisté pour l'essentiel en un traitement antalgique et conservateur. En ce qui concerne les douleurs physiques persistantes dont se plaint la recourante, le Dr H._____ a indiqué dans son rapport du 16 juillet 2007 que les investigations entreprises ne montraient aucune lésion susceptible de les expliquer. Quant au Dr R._____, il a relevé dans son rapport médical du 3 octobre 2008 qu'il était fort possible que celles-ci soient dues à des événements antérieurs à l'accident assuré. La recourante allègue une erreur dans le traitement médical, ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident. D'après elle, le diagnostic de "whiplash de stade II" n'ayant été posé qu'une année après son traumatisme, elle n'aurait pas reçu, durant plusieurs mois, de traitement adéquat au vu de ses symptômes. Cet argument ne saurait être suivi, dans la mesure où le mécanisme dit de "coup du lapin" ne constitue pas un diagnostic, mais consiste bien plutôt en la dénomination d'un phénomène biomécanique de flexion-extension du rachis cervical sans impact de la tête. De surcroît, la recourante n'a apporté aucun élément susceptible de démontrer en quoi le traitement dont elle a bénéficié

n'aurait pas été adéquat. Quant au dernier critère concernant le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques, il n'est pas non plus rempli en l'espèce. En effet, les médecins de la CRR ont considéré en juillet 2007 déjà que d'un point de vue somatique, une incapacité de travail n'était plus justifiée. De plus, si les avis médicaux produits par la recourante retiennent une capacité de travail très réduite, ils ne se basent que sur les affections psychiques dont elle souffre.

En conclusion, aucun des critères susmentionnés n'étant rempli dans le cas d'espèce, il en découle que, même si l'existence d'un traumatisme de type "coup du lapin" était reconnue, le lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles psychiques constatés après le 31 décembre 2008 devrait dans tous les cas être nié. C'est donc à juste titre que la décision attaquée a mis un terme à l'octroi des prestations légales à cette date.

6. a) La recourante a également conclu à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, fondée sur un taux de 10 % au moins.

b) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision (ATF 125 V 413, consid. 2c).

c) En l'espèce, l'intimée ne s'est manifestement pas prononcée, dans la décision litigieuse, sur la question de l'octroi à la recourante d'une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité. La Cour de céans ne pouvant donc pas entrer en matière sur cette question dans le cadre de la présente procédure, le recours se révèle irrecevable sur ce point.

7. a) En conclusion, le recours doit être rejeté dans la mesure où il est recevable et la décision sur opposition du 18 mai 2010 confirmée.

b) Le dossier étant complet et permettant donc à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une expertise judiciaire. La requête en ce sens de la recourante doit ainsi être rejetée.

c) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable.
- II.** La décision sur opposition rendue le 18 mai 2010 par la CNA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Claudio Venturelli (pour A.Q. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

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 :