

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 janvier 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Métral et Gerber, juge suppléant
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Z._____, à Saint-Cergue, recourante,

et

SWICA ASSURANCES SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après: l'assurée), née en 1962, était employée de Swica Assurances (depuis le 26 juin 2009: Swica Assurances SA; ci-après: Swica) du 1^{er} septembre 2005 au 18 novembre 2005 et était à ce titre assurée auprès de la même entreprise contre les accidents.

Le 4 août 2005, elle a subi une entorse de grade I du ligament latéral interne en descendant de cheval. Une IRM pratiquée le 28 septembre 2005 a révélé en outre une rupture complète au niveau de la corne postérieure du ménisque interne.

Le 30 octobre 2005, elle a chuté dans un escalier à son domicile après s'être encoublée et a heurté le sol avec le menton et, notamment, le genou droit. Selon le rapport médical initial du 5 décembre 2005 du Dr Y._____, spécialiste en médecine générale, l'assurée a subi lors de sa chute un choc céphalique en hyperextension, entraînant un syndrome cervical moyen avec céphalées. Selon un rapport médical du 15 février 2006 du Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, l'assurée avait subi une déchirure du membre inférieur droit.

L'assurée a été en incapacité totale de travailler dès le 14 novembre 2005.

Par arthroscopie, il a été procédé le 9 février 2006 à une résection partielle du ménisque interne. Selon le rapport du Dr G._____ du 21 septembre 2006, l'évolution n'a pas été favorable, en raison d'un épanchement intra-articulaire persistant accompagné de douleurs. Une nouvelle IRM a montré une lésion dans la partie moyenne du ménisque interne avec une déchirure horizontale, associées à des images dégénératives dans la partie médiane de la corne postérieure.

Selon le rapport du Dr Y._____ du 17 juin 2006, l'assurée s'est plainte immédiatement après l'accident de céphalées, de douleurs à

la nuque, d'insomnies et de dépression. En juin 2006, elle souffrait de douleurs à la nuque, de céphalées post-traumatiques, d'un état dépressif et de gonalgies à gauche. Les douleurs à la nuque étaient dépourvues de signes somatiques, les radiographies et une IRM cervicale ayant conduit à un constat normal. Selon le rapport du 27 janvier 2007 du Dr Y._____, les cervicalgies avaient diminué de 60 %, mais il persistait d'importantes migraines post-traumatiques résistantes à plusieurs essais thérapeutiques spécialisés. Ces douleurs entraînaient des troubles de la concentration et de la mémoire. Les gonalgies étaient toujours présentes malgré le traitement arthroscopique de 2006. L'assurée ne pouvait pas marcher plus d'un quart d'heure environ, ni porter de charges normales en raison de sa pathologie du genou.

Selon le rapport du 10 octobre 2006 du Dr X._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, en médecine interne et en neurologie, l'assurée souffrait encore de cervicalgies avec une intensité de 4 à 5 sur 5. La mobilité cervicale était manifestement réduite. L'assurée n'avait pas de dépression ni de symptôme psychotique. Cependant, la douleur chronique entraînait une lassitude, une tristesse, une émotivité et une sensibilité élevée et fragile. Selon un rapport du 31 mai 2007 du Dr X._____, des céphalées persistaient sous forme de migraines à raison de 14 à 17 jours par mois, avec une persistance de symptômes handicapants sur le plan professionnel, dans le sens de troubles de la concentration, d'une incapacité à entrer en relation avec une autre personne pendant les douleurs. Les douleurs cervicales avaient quant à elles diminué considérablement. Les migraines ne pouvaient pas être objectivées, mais les descriptions correspondaient au syndrome classique des migraines.

Une expertise pluridisciplinaire a été réalisée en avril 2008 par les Drs F._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, et par le Dr E._____, spécialiste en neurologie. Selon leur rapport du 30 juin 2008, l'assurée ne souffrait plus d'atteintes influençant sa capacité de travail sur le plan orthopédique et psychiatrique, tandis que

des céphalées post-traumatiques à type de migraines sans aura et de céphalées de tension subsistaient. L'abus chronique d'antalgiques et une composante psychologique avaient joué très certainement un rôle dans la chronification des céphalées. Sur le plan neurologique, on pouvait objectiver uniquement des contractures myofaciales et des muscles du crâne, lesquelles pouvaient favoriser la survenue des céphalées de tension et des migraines sans aura. L'atteinte neurologique était due à l'accident du 30 octobre 2005, mais aggravée et entretenue partiellement par un abus chronique d'antalgiques et une composante psychologique. Au niveau de l'appareil locomoteur, le statut quo sine était atteint, tandis que les céphalées ne seraient pas survenues dans une proportion similaire sans l'accident. Depuis le sevrage médicamenteux d'août 2007, on pouvait considérer que la fréquence des crises de céphalées s'était stabilisée. Un traitement psychothérapeutique de soutien était encore nécessaire pour stabiliser l'état de santé en diminuant la tension nerveuse. Les experts proposaient aussi "peut-être" des injections de toxine botulique. Sur le plan de l'appareil locomoteur, il n'y avait aucune limitation et les occupations professionnelles exercées avant l'accident étaient encore raisonnablement exigibles; toutefois, par précaution, une activité sollicitant beaucoup le genou droit n'était pas recommandée. Sur le plan neurologique, la capacité de travail de la patiente était sévèrement diminuée par l'importance des céphalées. Si l'on se basait sur l'anamnèse, la reprise d'une quelconque activité professionnelle semblait difficile à envisager dans l'immédiat. Cependant, l'expert émettait quelques doutes sur le caractère fortement invalidant de ces céphalées, sans pour autant banaliser leurs répercussions. Il prenait note que les activités de la vie quotidienne étaient en grande partie maintenues et qu'un déconditionnement, voire une "désocialisation professionnelle", était susceptible d'aggraver les migraines par le biais de facteurs tant physiques (mauvaise relaxation musculaire, abaissement du seuil de tolérance à la douleur) que psychiques (repli et focalisation sur les algies). Par conséquent, l'expert neurologue proposait une reprise professionnelle progressive (d'abord à 40 %), dans une activité adaptée respectant les limitations suivantes: pas d'efforts physiques importants ni de port de charges lourdes; pas d'exposition prolongée à des conditions ambiantes

défavorables (bruit, chaleur, froid, humidité); pas de travail au rendement ni de travail posté ou de nuit; pas d'activité impliquant des responsabilités ou nécessitant des capacités de décision prépondérantes. La dernière activité de l'assurée (agente de vente à la Swica) n'était pas exigible en l'état. En fonction de la réponse aux traitements proposés et de la diminution des céphalées, une augmentation par paliers de la capacité de travail devait pouvoir être envisagée dans les six mois à venir, pour arriver à une capacité pleine et entière si l'évolution était favorable. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail était pleine et entière.

Le 29 juillet 2008, le Dr E._____ requit de Swica la prise en charge d'un traitement de toxine botulique. Swica a accepté la prise en charge de ce traitement pendant trois mois jusqu'à la fin novembre 2008. Des injections ont été faites le 27 août 2008. Lors d'un entretien avec le Care Manager de Swica, le 23 septembre 2008, l'assurée avait déclaré que ce traitement avait permis de réduire de moitié le nombre de crises par mois, passant de 17 à 9 crises par mois. Le 3 décembre 2008, le Dr E._____ requit la prise en charge d'une nouvelle injection de toxine botulique pour faire disparaître les contractures myofaciales et de la région cervicospinale et par ce biais-là les céphalées chroniques, diminuant ainsi encore la fréquence des migraines qui se présentaient en moyenne une fois par semaine. Swica a accepté une nouvelle prise en charge pendant trois mois jusqu'au 31 mars 2009. Un deuxième traitement de toxine botulique a eu lieu le 18 décembre 2008.

Par courrier du 22 avril 2009, le Dr E._____ a informé Swica que les céphalées de tension avaient diminué de façon extrêmement notable, tandis que les migraines réagissaient bien et rapidement à un traitement médicamenteux (Zomigoro). D'un point de vue strictement neurologique, il était possible de procéder à une reprise de travail tout en relevant que l'assurée continuait à présenter un état anxiodépressif. Selon un rapport d'examen neuropsychologique du 30 mars 2009 du Dr E._____ et de S._____, psychologue, l'assurée avait de discrètes défaillances d'attention, mais les résultats étaient normaux pour l'âge et le niveau éducatif.

Dans un rapport succinct non daté mais reçu par Swica le 8 mai 2009, le Dr D._____, psychiatre traitant, signalait un épisode dépressif traité par psychothérapie et antidépresseur. Le traitement devait durer encore plusieurs mois au moins. La date à partir de laquelle l'assurée serait apte au travail était indéterminée. Dans un rapport du 12 août 2009, le Dr D._____ diagnostiquait un épisode dépressif sévère avec fatigue, anhédonie, difficultés à initier toute activité, pleurs, céphalées, sentiment d'inaptitude. Selon ce rapport, l'incapacité de travail était totale.

B. Swica a adressé le 11 novembre 2009 à l'assurée une lettre dans laquelle elle déclarait que le droit aux prestations de l'assurance-accidents LAA s'était éteint à compter du 1^{er} septembre 2007 pour ce qui est de la distorsion cervicale (et les troubles associés) et dès le 1^{er} mai 2008 pour les suites de la blessure au genou. Elle renonçait toutefois à solliciter le remboursement des prestations versées au-delà de ces dates-là. De plus, elle continuerait à verser les indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2009.

L'assurée a pris position le 26 novembre 2009 dans le sens que la dépression était étroitement liée à son traitement de toxine botulique et aux suites de l'accident. Un certificat médical du Dr D._____ du 24 novembre 2009 déclarait que les symptômes psychiatriques observés étaient "directement secondaires à l'accident qui a entraîné de violentes douleurs handicapantes rendant impossible toute activité professionnelle".

Par décision du 14 janvier 2010, Swica a mis fin aux prestations en ce qui concerne la distorsion cervicale au 1^{er} septembre 2007 et pour les suites de la blessure au genou au 1^{er} mai 2008. Swica a renoncé à solliciter le remboursement des prestations versées au-delà de ces dates et a continué à verser les indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2010 à bien plaisir.

Le 10 février 2010, l'assurée a formulé une opposition en arguant que son état de santé s'améliorait de mois en mois, mais que néanmoins, il n'était pas encore possible de donner une date à une reprise de travail et que dans tous les cas, une reprise de travail ne pourrait se faire à un taux d'activité supérieur à 50 %. Par décision du 30 juin 2010, Swica a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 14 janvier 2010.

C. Par acte du 22 juillet 2010, l'assurée a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition de Swica du 30 juin 2010. Elle conclut à l'octroi d'indemnités journalières à 100 % pour avril et mai 2010 et à 50 % pour juin et juillet 2010, ainsi qu'à la prise en charge des traitements médicamenteux (antidépresseur et antimigraineux, anti-nausées, etc.) jusqu'à leur arrêt par le médecin traitant.

Selon un certificat médical du Dr D. _____ du 22 juillet 2010, l'état de santé de la recourante nécessitait un arrêt de travail à 50 % du 1^{er} au 31 juillet 2010. La reprise du travail à 100% était possible dès le 1^{er} août 2010.

Dans sa réponse du 14 septembre 2010, Swica conclut au rejet du recours.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; 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 eu égard au domicile de la recourante, est donc recevable. Satisfaisant en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), il y a lieu d'entrer en matière.

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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. 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 (art. 4 LPGA).

3. 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 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils 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 citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Par ailleurs, selon le Tribunal fédéral, 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).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation anticipée des preuves"; ATF 130 II 425 consid. 2.1; 122 II 464 consid. 4a; 122 III 219 consid. 3c; 120 Ib 224 consid. 2b; 119 V 335 consid. 3c et les références).

4. L'assureur intimé a mis fin aux prestations en ce qui concerne la distorsion cervicale au 1^{er} septembre 2007 et pour les suites de la blessure au genou au 1^{er} mai 2008. Il a renoncé à solliciter le remboursement des prestations versées au-delà de ces dates et a continué à verser les indemnités journalières jusqu'au 31 mars 2010 à bien plaisir. La recourante demande d'une part la poursuite de la prise en

charge des traitements médicamenteux et d'autre part la continuation du versement des indemnités journalières. Comme la recourante n'a toutefois pas requis de traitement médical pour son genou après cette dernière date et qu'elle ne conteste pas dans son recours la constatation de l'assureur intimé selon laquelle le statu quo sine a été atteint au 3 avril 2008 en ce qui concerne le genou droit, le litige ne porte que sur le lien de causalité entre les atteintes subsistant après le 1^{er} septembre 2007 pour la distorsion cervicale, à l'exclusion de celles liées à l'atteinte au genou. De plus, l'assureur intimé a pris en charge tant les traitements médicaux des céphalées et migraines entre le 1^{er} septembre 2007 et le 31 mars 2009 que le versement d'indemnités journalières jusqu'en mars 2010. Comme l'assureur intimé a renoncé expressément à requérir le remboursement de ces prestations versées après le 1^{er} septembre 2007, le litige ne porte en fait que sur la prise en charge du traitement médical postérieur au 31 mars 2009, en particulier pour la dépression, et pour la poursuite du versement des indemnités journalières après le 31 mars 2010.

5. En requérant la poursuite des prestations provisoires (traitement médical et indemnités journalières), la recourante soutient en substance que le cas a été clôturé de manière prématurée.

a) Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2.a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115 et les références). L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du

traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115).

La poursuite d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement portait sur une atteinte à la santé qui était en lien de causalité avec l'accident assuré (TF 8C_327/2010 du 22 juillet 2010 consid. 4.2).

b) Selon le rapport d'expertise de la Clinique P. _____ du 30 juin 2008, la capacité de travail de la recourante était encore sévèrement réduite par l'importance des céphalées. L'expert neurologue, le Dr E. _____, proposait une reprise professionnelle progressive (d'abord à 40 %), dans une activité adaptée. En fonction de la réponse aux traitements proposés (traitement psychologique et "peut-être" injection de toxine botulique) et de la diminution des céphalées, une augmentation par paliers de la capacité de travail devait pouvoir être envisagée dans les six mois à venir, pour arriver à une capacité pleine et entière si l'évolution était favorable.

Des traitements d'injection de toxine botulique ont été réalisés en août et décembre 2008. Ils ont permis d'améliorer notablement le nombre et l'intensité des migraines et céphalées de tension. Le 22 avril 2009, le Dr E. _____ a déclaré que, d'un point de vue strictement neurologique, il était possible de procéder à une reprise du travail. Il relevait toutefois que la recourante continuait à présenter un état anxio-dépressif. Dans un rapport reçu le 8 mai 2009 par l'intimée, le Dr D. _____, psychiatre, diagnostiquait un épisode dépressif, devenu selon un rapport du 12 août 2009 un épisode dépressif sévère. Dans la mesure où le Dr D. _____ a certifié à l'assurée une incapacité totale de travail jusqu'en juin 2010 et une incapacité de travail à 50 % pour juillet 2010, on peut en déduire que l'état dépressif a perduré au moins jusqu'à la décision attaquée et était en cours d'amélioration.

c) S'agissant des céphalées et migraines, la déclaration du Dr E. _____ qu'il était possible de procéder à une reprise du travail d'un point de vue neurologique signifie que la poursuite du traitement médical de ces atteintes à la santé serait dépourvue d'effet sur la capacité de travail de l'assurée. Celle-ci ne peut donc en tout cas pas prétendre à la poursuite de la prise en charge du traitement médical de ces atteintes à partir d'avril 2009. Il en découle également que la recourante ne peut pas non plus prétendre à une continuation du traitement psychiatrique dès avril 2009 au motif que ce traitement avait été ordonné pour traiter les céphalées et migraines conformément à la proposition de traitement figurant dans l'expertise de la Clinique P. _____. En effet, dès avril 2009, la poursuite du traitement psychiatrique ne saurait encore entraîner une amélioration des effets des céphalées et migraines sur la capacité de travail de la recourante.

En mettant un terme aux prestations provisoires (traitement médical et indemnités journalières), l'assureur intimé a aussi considéré que la dépression n'était plus dans un rapport de causalité avec l'accident du 30 octobre 2005. C'est ce qu'il convient d'examiner.

6. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd. 2007, n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010).

En matière de lésions au 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 présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2; 117 V 359 consid. 4b). L'existence de lésions au rachis cervical doit être confirmée par des données médicales fiables. Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références).

b) Aucun déficit fonctionnel organique n'a été constaté: selon l'expertise de la Clinique P._____, l'examen clinique n'a mis en évidence que des contractures myofaciales et des muscles du crâne, en l'absence de signe d'atteinte lésionnelle au niveau du système nerveux central et périphérique. L'assurée s'est plainte immédiatement après l'accident de céphalées, de douleurs à la nuque, d'insomnies et de dépression, selon le rapport du Dr Y._____ du 17 juin 2006. Néanmoins, les symptômes décrits dans l'expertise de la Clinique P._____ ne correspondent que très partiellement au tableau d'un traumatisme du rachis cervical. Il est donc douteux que les conditions jurisprudentielles pour admettre, sur cette base, le lien de causalité naturelle entre l'accident et les symptômes présentés par l'assurée soient remplies.

Quoi qu'il en soit, indépendamment de ces critères, les médecins de la Clinique P._____ ont constaté que l'atteinte à la colonne cervicale, les céphalées post-traumatiques à type de migraines sans aura et de céphalées de tension ainsi que le trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 30 octobre 2005. Il n'y a pas lieu de s'écarter de cette constatation.

Enfin, le 24 avril 2009, l'intimée a prié le Dr D._____ de lui adresser un rapport médical détaillé en répondant aux questions posées. Celui-ci a posé le diagnostic d'épisode dépressif auquel il semble attribuer un caractère indépendant des autres troubles évoqués ci-avant. Or, les rapports médicaux ne traitent pas la question du rapport de causalité naturelle entre cet accident et la dépression diagnostiquée à partir d'avril 2009. Ce point peut toutefois demeurer également indécis, car le rapport de causalité adéquate ne serait de toute façon pas réalisé (cf. infra, consid. 7 à 10).

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

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

En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 p. 366 ss et 369 consid. 4 p. 382 ss; 115 V 133 consid. 6 p. 138 ss et 403 consid. 5 p. 407 ss).

b) En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a p. 367), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b p. 383), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 134 V 109).

Avant de procéder à l'examen du lien de causalité adéquate, il convient d'examiner si les troubles psychiques ou non organiques en cause constituent de simples symptômes du traumatisme vécu ou si au contraire, ils expriment une atteinte à la santé (secondaire) indépendante. La délimitation entre ces deux cas de figure s'effectue notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets étrangers à l'accident et du déroulement temporel (TFA U 106/03 du 25 janvier 2005 consid. 5.3; RAMA 2001 n° U 412 p. 79; voir aussi TFA U 313/01 du 7 août 2002).

Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n° U 465 p. 439 consid. 3b [U 273/99]) ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un

traumatisme de type “coup du lapin”, d’un traumatisme analogue ou d’un traumatisme crânio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituant plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 sv.; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2, et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

8. a) On peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d’un accident lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d’examens radiologiques ou d’examen par un appareil et si les méthodes d’examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C 537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3, 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 non publié de l’ATF 135 V 465 avec références). En l’espèce, il n’y avait selon l’expertise de la Clinique P. _____ aucun signe d’atteinte lésionnelle organique. Cela est confirmé par le rapport du Dr Y. _____ du 17 juin 2006, selon lequel les douleurs à la nuque étaient dépourvues de signes somatiques, les radiographies et une IRM cervicale ayant conduit à un constat normal. C’est donc à juste titre que l’autorité intimée a analysé le rapport de causalité adéquate selon les règles applicables en cas d’atteintes à la santé sans preuve de déficit organique.

b) L’assureur intimé a examiné la causalité adéquate des atteintes à la santé de la recourante sur la base des critères pour les atteintes psychiques sans traumatisme cervical (cf. ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 s., 403 consid. 5 p. 407 s.).

Pour que la jurisprudence relative au traumatisme du rachis cervical s’applique, il faut d’une part que le traumatisme ait suscité un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vision, dépression, troubles du sommeil, instabilité des émotions, etc.) et d’autre part que les plaintes puissent de manière crédible être médicalement attribuées à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante,

comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2; 117 V 359 consid. 4b).

En l'espèce, une distorsion cervicale lors de l'accident du 30 octobre 2005 a été diagnostiquée par l'expertise de la Clinique P._____. Les céphalées, dont le lien de causalité naturelle avec l'accident du 30 octobre 2005 a été reconnu (cf. supra, consid. 6b), se sont poursuivies depuis l'accident au moins jusqu'en avril 2009. Certes, un "syndrome clinique typique d'un status après distorsion cervicale" (cf. rapport d'expertise, p. 31) n'était plus présent lors de l'examen par les experts. Néanmoins, l'expert psychiatre avait rapporté que les médecins traitants de la recourante avaient souligné une réaction dépressive avec labilité émotionnelle, irritabilité considérable et phases d'anxiété importante, de sorte que les critères nécessaires pour diagnostiquer un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive étaient alors probablement remplis; comme un traitement de type antidépresseur avait été introduit quelques mois avant l'expertise, avec bon effet sur l'évolution de cette symptomatologie qui avait passablement régressé, les critères pour retenir la présence d'un trouble psychique avéré n'étaient plus remplis lors de l'expertise (cf. rapport d'expertise, pp. 25-26). Il n'est pas clair si la dépression diagnostiquée par le Dr D._____ à partir d'avril 2009 était liée au trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive qui était en décours lors de l'expertise, constituant ainsi une rechute, ou s'il s'agissait d'une atteinte à la santé indépendante en raison de sa naissance à la toute fin du traitement des céphalées, trois ans et demi après l'accident. Cette question peut toutefois être laissée indécise, car, comme cela sera exposé, le lien de causalité adéquate doit, dans les deux hypothèses, être nié.

Dans ces conditions, il n'est pas certain que la jurisprudence relative au rapport de causalité adéquate entre un accident et une affection psychique soit applicable, plutôt que celle relative à la causalité adéquate entre un accident et des symptômes sans substrat organique relevant du tableau clinique typique après un traumatisme de type "coup du lapin". Mais quoi qu'il en soit, même si l'on applique cette seconde

jurisprudence, plus favorable à la recourante, le lien de causalité adéquate entre les symptômes présentés, en particulier ceux relevant d'un trouble de l'adaptation ou d'une dépression, doit être nié, comme exposé ci-après.

9. a) Selon la décision attaquée, l'accident du 30 octobre 2005 doit tout au plus être qualifié de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.

Si la jurisprudence a admis qu'une chute avec fracture et perte de conscience pendant 15 à 30 minutes devait au moins être considérée comme de gravité moyenne (TFA U 339/00 du 28 mars 2001 consid. 2b), elle a considéré qu'une chute dans l'escalier avec fracture comminutive de la rotule était de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité (TFA U 340/05 du 16 décembre 2005 consid. 2.3, avec références), de même qu'une chute dans l'escalier avec fracture du nez et une commotion cérébrale grave (TFA U 141/92 du 19 septembre 1994), une lourde chute sur le dos avec contusion dorsale et une forte suspicion de fracture de la colonne par compression (ATF 123 V 137 consid. 3d p. 141) ainsi qu'une commotion cérébrale sans perte de connaissance causée par le choc entre la tête de l'assuré et celle d'un cheval descendant d'une remorque (TF 8C_428/2007 du 9 juillet 2008 consid. 5.2).

Au regard de la jurisprudence résumée ci-avant, il convient donc de qualifier l'accident du 30 octobre 2005 d'accident de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité.

b) Si la dépression diagnostiquée depuis avril 2009 était reconnue comme faisant encore partie des séquelles du traumatisme cervical, il faudrait examiner la causalité adéquate selon les critères suivants applicables lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "coup du lapin", de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique:

- 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).

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type "coup du lapin", il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv. consid. 3b).

c) Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est pas rempli pour une simple chute dans l'escalier. Même si une distorsion cervicale n'est pas une lésion banale, elle n'est pas en l'espèce, au regard de son déroulement et de ses séquelles (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.2), d'une gravité ou d'une nature particulière. La recourante n'a subi aucun traitement médical spécifique et pénible de manière prolongée: quand bien même la recourante considère que les injections de toxine botulique n'ont pas été "une partie de plaisir", il ne s'agit pas d'un traitement pénible prolongé. Il n'y a pas eu non plus d'erreur dans le traitement médical.

Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité

des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. En l'espèce, les douleurs liées aux céphalées et migraines avaient déjà très largement diminué durant l'automne 2008. Selon le rapport du Dr E. _____ du 3 décembre 2008, les migraines se présentaient une fois par semaine. Il ne saurait donc s'agir de douleurs considérables sans interruption notable jusqu'à la clôture du cas.

Restent ainsi tout au plus deux critères (complications importantes et importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assurée). On peut laisser ouverte la question de savoir si ces critères sont remplis, car même s'ils l'étaient, cela ne suffirait pas pour admettre le lien de causalité adéquate, eu égard à la qualification de l'accident comme étant de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité.

10. a) Si la dépression était considérée comme une atteinte psychique autonome, il faudrait examiner la causalité adéquate selon les critères suivants en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 s., 403 consid. 5c p. 408).

b) En l'espèce, il faut relever à titre liminaire que le traitement et les douleurs liés aux céphalées et migraines n'entrent pas en ligne de compte pour l'examen des critères susmentionnés. En effet, les céphalées et migraines n'ayant pas de cause organique avérée, elles ne figurent pas parmi les lésions physiques dues à l'accident du 30 octobre 2005.

Le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est pas rempli (cf. supra, consid. 9b). Quant aux lésions physiques avérées, elles n'étaient pas d'une gravité ou d'une nature particulière propre à entraîner des troubles psychiques. La recourante n'a pas subi de douleurs physiques persistantes dues à des atteintes organiques jusqu'à la clôture du cas. Il n'y a pas eu non plus d'erreur dans le traitement médical des lésions physiques. Si le traitement de la lésion méniscale aggravée par l'accident du 30 octobre 2005 a été long, en raison d'un épanchement intra-articulaire persistant accompagné de douleurs, la recourante ne souffrait déjà plus d'atteintes influençant sa capacité de travail sur le plan orthopédique lors de l'expertise réalisée en avril 2008. L'influence des atteintes non-organiques (céphalées, migraines, dépression) sur la capacité de travail de la recourante a été largement prépondérante par rapport aux effets des lésions physiques. Le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est donc pas rempli.

En conclusion, même si l'on admettait que l'évolution défavorable de la lésion méniscale constituait une complication, la présence de ce seul critère ne suffirait pas pour admettre un lien de causalité adéquate.

11. Vu ce qui précède, c'est à juste titre que l'assureur intimé a nié le rapport de causalité adéquate entre l'accident du 30 octobre 2005 et la dépression de la recourante. La possibilité d'une amélioration de l'état de santé psychique de cette dernière avec effet sur sa capacité de travail ne faisait ainsi pas obstacle à la clôture du cas ainsi qu'à la fin de la

prise en charge du traitement médical et du versement des indemnités journalières.

Le recours doit dès lors être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (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.
- II. La décision sur opposition de Swica Assurances SA du 30 juin 2010 est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Mme Z. _____,
- Swica Assurances SA,
- 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).

Le greffier :