

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 10 octobre 2011

---

Présidence de       Mme     PASCHE  
Juges     :       Mme Röthenbacher et M. Bidiville, assesseur  
Greffier       :       M. Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**A.** \_\_\_\_\_, à Baulmes, recourante, représentée par Me Christine Sattiva Spring, avocate à Lausanne,

et

**P.** \_\_\_\_\_ **SA**, à Bâle, intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

---

**Art. 43 et 61 let. c LPGA; 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1974, est employée de la société E.\_\_\_\_\_ SA en qualité d'informaticienne de gestion depuis le 1<sup>er</sup> octobre 2000, à raison de 34 heures par semaine. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de P.\_\_\_\_\_ SA (ci-après: la P.\_\_\_\_\_ ou l'intimée). Selon déclaration d'accident-bagatelle du 1<sup>er</sup> octobre 2009, l'employeur de l'assurée a indiqué que le 30 septembre 2009 à 7h45, alors qu'elle se rendait à un rendez-vous chez un client, l'intéressée, arrêtée à un cédez-le-passage, a été surprise par une voiture qui l'a emboutie par l'arrière. Les parties du corps atteintes ont été la tête et la nuque. La P.\_\_\_\_\_ a pris le cas en charge.

L'assurée s'est rendue au [...] le 2 octobre 2009 où un bilan radiologique cervical et dorsal a été pratiqué.

Le 21 octobre 2009, la Dresse H.\_\_\_\_\_, anesthésiologue FMH, médecin traitant, a déclaré que sa patiente présentait une incapacité de travail de 100% qui avait débuté le 22 octobre 2009 pour une durée probable d'une semaine. La Dresse H.\_\_\_\_\_ a ensuite certifié une incapacité de travail de 100% jusqu'au 15 novembre 2009, le travail pouvant être repris à 50% le 16 novembre 2009. Elle a finalement indiqué que l'incapacité de travail de 50% se poursuivait pour un mois à compter du 23 novembre 2009.

M.\_\_\_\_\_ SA (ci-après: la M.\_\_\_\_\_), auprès de laquelle le véhicule de B.\_\_\_\_\_, qui a embouti celui de l'intéressée, était assuré en responsabilité civile, a demandé à L.\_\_\_\_\_, ingénieur HES, d'analyser l'accident survenu le 30 septembre 2009. Selon son rapport du 20 novembre 2009, la vitesse de la collision de la Seat B.\_\_\_\_\_ contre la Toyota A.\_\_\_\_\_ était comprise entre 5 et 11 km/h. De par la collision, la Toyota A.\_\_\_\_\_ a vu sa vitesse augmenter d'une valeur comprise entre 3,2 et 7,0 km/h, cette vitesse correspondant à la différence de

vitesse (delta-v) à laquelle a été soumise la Toyota. L.\_\_\_\_\_ a en outre repris la description de l'accident figurant sur l'avis de sinistre, à la teneur suivante:

"La voiture 2 [véhicule A. \_\_\_\_\_] ainsi que la mienne [véhicule B. \_\_\_\_\_] étions à l'arrêt. La voiture 2 a démarré et moi aussi mais j'ai roulé plus vite qu'elle et je l'ai touchée à l'arrière. Marque sur pare-chocs."

Un conseil neurologique a été effectué le 30 novembre 2009 à [...] par le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie. Dans son rapport médical du 2 décembre 2009 à la Dresse H. \_\_\_\_\_, le Dr N. \_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente présentait depuis dix ans des douleurs cervicales et des cervicobrachialgies droites à la suite d'une manipulation, lesquelles s'étaient améliorées par un traitement ostéopathique, si bien que dès le mois de mai 2009, ses migraines avaient disparu. L'assurée déclarait ne pas avoir eu de douleurs de la nuque et des épaules du côté gauche avant l'accident. Le Dr N. \_\_\_\_\_ précisait qu'il existait un syndrome cervico-musculo-squelettal à droite, vraisemblablement avec un blocage de l'articulation de l'attelle vers la droite, sans séquelle neurologique. La patiente avait besoin d'une thérapie d'extension et de renforcement de la musculature du cou et de la tête. Selon les déclarations de l'assurée, cette dernière, au moment de l'accident, prêtait attention à un passage piéton et regardait vers la gauche lorsqu'elle a été percutée.

Selon le rapport du 3 décembre 2009 du Dr V. \_\_\_\_\_, radiologue, rédigé à la suite d'un Upright MRI de la jonction crânio-cervicale, de la colonne cervicale et du crâne du 30 novembre 2009, il n'y avait pas d'anomalies au niveau du crâne. S'agissant de la jonction crânio-cervicale et de la colonne cervicale, le Dr V. \_\_\_\_\_ a noté de minimes signes de dégénérescence du disque C6-C7 et un mini kyste radiculaire C4-C5 gauche, sans autre pathologie.

Dans son certificat médical LAA du 8 janvier 2010 à la P. \_\_\_\_\_, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic provisoire de whiplash stade II et a indiqué qu'elle avait entrepris une "trigger points therapy". Elle précisait que le traitement n'était pas terminé. Selon certificat médical du 11 janvier 2010, l'incapacité de travail de 50% se poursuivait.

La P. \_\_\_\_\_ a versé des indemnités journalières à 100% du 22 octobre au 15 novembre 2009, et à 50% du 16 novembre 2009 au 28 janvier 2010.

L'assurée a repris le travail en plein au 1<sup>er</sup> février 2010.

Selon certificat médical du 10 mars 2010, la Dresse H. \_\_\_\_\_ indiquait que pour une durée de trois semaines depuis le 10 mars 2010, sa patiente travaillerait à 75% de 80%. Par e-mail du 12 mars 2010 à la P. \_\_\_\_\_, l'assurée a confirmé qu'elle était à 75% depuis le 10 mars jusqu'au 31 mars 2010.

La P. \_\_\_\_\_ a versé des indemnités journalières à 25% du 10 mars au 31 mars 2010, puis du 1<sup>er</sup> au 30 avril 2010.

Par certificat médical du 14 avril 2010, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail de 25% se poursuivait pour deux semaines.

Dans son rapport médical intermédiaire du 15 avril 2010 à la P. \_\_\_\_\_, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a indiqué que le pronostic était bon, que les consultations avaient lieu à raison d'une fois par mois, et qu'elle ne pouvait se prononcer sur la durée du traitement, une reprise du travail à 80% étant envisagée.

Par certificat médical du 28 avril 2010, la Dresse H. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'incapacité de travail de 25% se poursuivait pour quinze jours, puis pour trois semaines par certificat médical du 12 mai 2010, et pour deux semaines par certificat du 31 mai 2010.

L'assurée a été invitée par la P. \_\_\_\_\_ à se rendre le 3 juin 2010 auprès du Dr Q. \_\_\_\_\_, neurologue FMH, pour une expertise médicale.

Dans son rapport du 8 juin 2010, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de cervicoscapulalgies bilatérales chroniques, non spécifiques, de status après syndrome cervical sur distorsion cervicales de degré II selon la Québec Task Force et de migraines sans aura. Le syndrome cervical post-traumatique sur distorsion cervicale de degré II était en relation de causalité naturelle avec l'accident du 30 septembre 2009, mais il ne subsistait pas de séquelle en relation de causalité probable avec l'accident du 30 septembre 2009, pour lequel le statu quo ante était rétabli au 30 mars 2010. Il relevait qu'il n'y avait pas d'incapacité de gain pour les suites de l'accident du 30 septembre 2009, ni d'atteinte à l'intégrité. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a rappelé qu'une dizaine d'années auparavant, l'assurée avait été traitée par manipulations cervicales, et mentionnait depuis lors d'importantes douleurs selon un trajet dorsal et cervical, constantes, à caractère de tension, qui parfois s'étendaient en région céphalique droite, avec transformation d'un tableau de céphalées migraineuses. Elle était prise en charge par la Dre H.\_\_\_\_\_ depuis mars 2009, qui avait effectué un traitement par injections, infiltrations, ce qui avait entraîné une amélioration significative des douleurs. Sous la rubrique "appréciation" de son rapport, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a notamment relevé ce qui suit:

"Objectivement, le status est caractérisé par la persistance d'un discret syndrome cervical, se manifestant surtout par une extension maximale douloureuse, mais non réellement limitée. On est également frappé au status par des douleurs bien reproductibles à la palpation de la musculature latéro-cervicale et des muscles trapèzes, à caractère atypique, de type fibromyalgique. Par contre il n'y a pas de syndrome médullaire cervical, ni de syndrome radiculaire aux membres supérieurs.

En l'absence de toute anomalie documentée sur le plan radiologique, on peut dès lors conclure à une distorsion cervicale de degré II selon la Québec Task Force.

Dans ces conditions, 8 mois après l'événement assuré, la persistance de douleurs invalidantes est inhabituelle. Bien que les plaintes subjectives soient toujours relativement typiques, objectivement, on met très clairement en évidence des points douloureux à la palpation, à caractère fibromyalgique de la ceinture scapulaire. De plus, il existe un état antérieur, avec des douleurs à caractère tensionnel cervico-dorsales présentes de longue date avant l'événement assuré, et qui étaient prises en charge par la Docteure H.\_\_\_\_\_ plusieurs mois avant l'événement assuré.

Le tableau actuel évoque donc davantage des cervicalgies chroniques irradiant dans la ceinture scapulaire bilatérale à caractère tensionnel, ou fibromyalgique, sans net caractère spécifique.

En corollaire, la causalité naturelle entre le tableau actuel nous semble peu probable. Par contre, on peut admettre que l'assurée a présenté très probablement des cervicalgies post traumatiques par distorsion cervicale soit en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré pour le moins probable, pendant au maximum 6 mois, soit jusqu'à fin mars 2010. Dès cette date, on peut considérer que le status quo ante est atteint.

Pratiquement, comme je l'ai expliqué à l'assurée, les douleurs présentées actuellement sont probablement liées à des tensions, à la posture au travail, essentiellement à l'ordinateur, favorisées par peut-être une musculature peu développée au niveau de la ceinture scapulaire. Dès lors, le traitement pourrait être optimisé par une physiothérapie active, de tonification et de musculation de la musculature paracervicale et de la ceinture scapulaire par une physiothérapie standard. Sur le plan médicamenteux, je proposerais de tenter de faibles doses d'amitriptyline, en commençant par Tryptizol 10 mg le soir.

Concernant la capacité de travail, elle est actuellement de 75%, mais pour des raisons de maladie. Le pronostic devrait être favorable à moyen terme."

Par décision du 11 juin 2010, la P.\_\_\_\_\_ a mis fin aux prestations d'assurance au 30 avril 2010, au motif que les troubles actuels de l'assurée n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 30 septembre 2009, le statu quo ante ayant été atteint le 30 avril 2010.

Selon certificat médical du 21 juin 2010 de la Dresse H.\_\_\_\_\_, l'incapacité de travail de 25% se poursuivait jusqu'au 30 juin 2010, puis jusqu'au 22 juillet 2010 selon certificat médical du 1<sup>er</sup> juillet 2010.

Par courrier de son conseil du 13 juillet 2010, l'assurée a formé opposition à cette décision. En substance, elle faisait valoir que le Dr Q.\_\_\_\_\_ n'avait aucun titre particulier ni aucune habilitation spéciale dans le cadre du traitement de la douleur propre à lui donner une véritable appréciation d'expert mettant en relation ses plaintes subjectives, les douleurs objectivement constatables à la palpation et l'accident. Elle était d'avis que les constatations de l'expert n'étaient pas claires, et qu'aucune littérature médicale ne venait appuyer la thèse selon laquelle la

persistance de douleurs invalidantes était inhabituelle. Elle se référait à un courrier du 4 juillet 2010 de sa médecin traitant à son avocate, joint à son opposition, selon lequel les symptômes liés à l'accident du 30 septembre 2009 n'existaient pas jusque là et étaient à mettre en relation avec, le diagnostic de Whiplash Stade II. Elle requérait enfin d'être soumise à une nouvelle expertise, à confier à un spécialiste de la douleur qui ne soit pas purement neurologue, proposant le Dr D.\_\_\_\_\_ en cette qualité. Elle concluait à l'annulation de la décision et à la prise en charge de son atteinte par la P.\_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 23 juillet 2010, la P.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée et a confirmé sa décision du 11 juin 2010.

**B.** Par acte de sa mandataire du 14 septembre 2010, A.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition du 23 juillet 2010 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à son annulation et à ce que la P.\_\_\_\_\_ soit tenue de continuer à verser toute prestation jusqu'à que soit atteint le statu quo ante, à tout le moins jusqu'au dépôt du recours. En substance, elle fait valoir que le Dr Q.\_\_\_\_\_ fait preuve de grandes réserves quant à son diagnostic et qu'il n'explique pas pourquoi il est d'avis qu'il existe un caractère fibromyalgique. Elle expose qu'en omettant le fait que les douleurs étaient pratiquement inexistantes au moment de l'accident, le Dr Q.\_\_\_\_\_ ne peut pas poser un diagnostic correct sous l'angle du statu quo ante, puisqu'il part de l'idée erronée qu'elle n'allait déjà pas bien avant l'accident. Elle explique qu'il ne lui a jamais été indiqué qu'elle pourrait s'opposer à être vue par le Dr Q.\_\_\_\_\_, et répète que ce médecin ne tient pas compte, sans raison, de l'appréciation du Dr N.\_\_\_\_\_. Se référant à un rapport établi par le Dr D.\_\_\_\_\_ le 9 septembre 2010, qu'elle produit, elle relève que les douleurs cervicales doivent être rattachées à l'accident, de même que sa fatigue chronique, mais pas les sensations vertigineuses ni les migraines. Elle note encore que son état de santé a été durablement péjoré, que le traitement nécessaire à stabiliser ses douleurs consiste en des infiltrations hebdomadaires des trigger points ainsi que des prises de narcotiques, que

dans sa vie quotidienne et professionnelle, elle ne peut travailler qu'à 75% avec une journée coupée en deux pour pouvoir se reposer durant sa pause de midi, que le Dr Q.\_\_\_\_\_ propose lui-même un traitement de physiothérapie et/ou médicamenteux qui devrait améliorer les choses, le Dr D.\_\_\_\_\_ évoquant un traitement infiltratif sous forme de blocs facettaires. Elle en déduit qu'il y a encore diverses mesures à prendre sur le plan médical pour qu'elle récupère de son accident, et conclut que l'origine de ses douleurs est accidentelle, aucun élément probant n'ayant été amené pour conclure à une cause dégénérative, ce qui correspond de son point de vue aux examens/conclusions des Drs N.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_. Elle requiert à titre de mesure d'instruction qu'un délai lui soit imparti pour compléter l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ pour le cas où l'autorité de céans devait estimer qu'elle n'est pas suffisamment développée, et requiert en outre qu'une expertise soit mise en oeuvre si la présente autorité devait estimer ne pas pouvoir trancher entre les avis des Drs Q.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_. Elle joint à son envoi un rapport du Dr D.\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2010. Ce médecin diagnostique un whiplash, des troubles dégénératifs cervicaux (uncarthrose C4-C5 et discopathie C6-C7) et des migraines. Selon lui, le whiplash est causé exclusivement par l'accident, les troubles dégénératifs cervicaux sont préexistants, leur symptomatologie ayant été exacerbée par l'accident, et les migraines sont sans relation avec l'accident. Il est d'avis que l'essentiel des douleurs cervicales actuelles est lié à l'accident. Quant à l'asthénie (fatigue chronique), il est difficile de pondérer la contribution respective des troubles antérieurs à l'accident et des lésions traumatiques, mais il est probable que les deux ont une contribution significative sur cette fatigue. Le Dr D.\_\_\_\_\_ observe que la patiente a besoin actuellement d'infiltrations hebdomadaires des trigger points ainsi que de narcotiques mineurs pour stabiliser ses douleurs, savoir un traitement clairement plus lourd que celui qui était effectué avant l'accident. Il note encore que la patiente ne parvient qu'à travailler deux fois trois heures par jour et n'a pas repris une vie quotidienne similaire à celle précédant l'accident, si bien qu'il estime que le statu quo ante n'est pas atteint. Pour lui la capacité de travail est de 60%. Quant aux séquelles, il est d'avis que les douleurs chroniques sont partiellement des séquelles de l'accident qui

peuvent être permanentes et devraient au minimum être appréciées à deux ans de celui-ci. En cas de persistance, cela constituerait une atteinte à l'intégrité. Quant au pronostic, il note que lorsque les douleurs durent plus de six mois, qu'elle qu'en soit la cause, le pronostic est assombri et il est peu probable qu'une récupération complète soit obtenue.

Dans sa réponse du 25 octobre 2010, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Dans sa réplique du 22 décembre 2010, la recourante conteste la présentation des faits de l'intimée. Elle produit à cet égard le témoignage écrit de la passagère du véhicule, une ancienne collègue, X.\_\_\_\_\_, selon lequel la recourante était penchée en avant pour regarder sur la gauche afin de voir si elle pouvait s'engager. X.\_\_\_\_\_ déclare qu'elle s'est également penchée "par réflexe"; c'est alors qu'une voiture leur est rentrée dedans. Selon X.\_\_\_\_\_, la recourante a été poussée assez fortement en avant et en arrière, alors qu'elle n'a ressenti qu'un petit choc et qu'elle n'a rien eu, juste un peu de surprise. Elle produit des clichés Google Maps des lieux, et en déduit qu'il n'y a pas lieu de douter de sa position au moment de l'accident. Elle fait pour le surplus à nouveau valoir que lors de l'accident, ses migraines étaient quasiment résorbées, que ses symptômes sont liés au whiplash stade II, qu'auparavant, elle ne voyait la Dresse H.\_\_\_\_\_ qu'une fois pas mois, et qu'elle la voit une fois par semaine depuis l'accident, qu'elle s'était sentie obligée de retravailler vu les pressions de son employeur, qu'elle ne veut pas d'une rente AI mais uniquement de la prise en charge des conséquences de l'accident, que l'accident est le seul déclencheur de ses douleurs, qu'il convient d'accorder grand crédit à l'expertise du Dr D.\_\_\_\_\_ qui ne l'avait jamais vue auparavant, et qu'elle est encore atteinte dans sa santé. Elle produit notamment en annexe à son écriture un décompte du 3 décembre 2010 des consultations de la Dresse H.\_\_\_\_\_ ainsi qu'une attestation de cette médecin du 6 décembre 2010 selon laquelle la situation s'est péjorée ces derniers temps en raison des douleurs, la recourante ayant dû être remise sous un nouveau traitement,

à savoir du Valium pour détendre la musculature et du Prednisone pour son état inflammatoire.

Le 10 janvier 2011, la recourante produit un rapport du Dr I.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, du 6 janvier 2011, adressé à son avocate, et requiert la mise en oeuvre d'une expertise bidisciplinaire, estimant que l'instruction présente des lacunes. Il ressort notamment ce qui suit du rapport médical du Dr I.\_\_\_\_\_ :

"L'observation psychiatrique ne permet pas d'aller plus loin que ce que M. le Dr. D.\_\_\_\_\_, spécialiste de la douleur, a décrit le 9 septembre 2010, à savoir que les douleurs sont par définition subjectives et qu'il n'y a pas de moyen scientifiquement objectif pour en pondérer l'origine. L'observation psychiatrique permet toutefois de tracer le portrait d'une femme qui se bat pour ce qu'elle pense être ses droits, sur le terrain mouvant de la subjectivité.

L'observation clinique et les tests psychologiques montrent des besoins fusionnels, une tendance au besoin d'emprise dans les relations, quelques traits de caractère et quelques traits persécutoires, ainsi qu'une légère symptomatologie dépressive. Mme A.\_\_\_\_\_ présente un tableau idyllique des rapports familiaux qui ont l'air aussi fusionnels, mais pas pathologiques (tous vivent à [...], «on est souvent les uns chez les autres»). Nous concluons donc à l'absence d'une pathologie psychiatrique invalidante, même si l'évidence d'un état de stress post-traumatique qui a évolué suite à l'accident du 30 septembre 2009, dans le cadre de l'histoire pas simple du parcours de vie de Mme A.\_\_\_\_\_, mérite d'être pris en compte. Il n'y a pas eu de demande spécifique pour une thérapie psychiatrique, ni une démarche d'introspection particulière au sujet de ce stress post traumatique.

[...]

On peut noter dans l'anamnèse que le traumatisme de ce whiplash intervient après une première expérience traumatique, au cours de laquelle elle a été victime d'une manipulation physique aux conséquences néfastes. On peut raisonnablement admettre que le présent accident ait réactivé les revendications qui n'ont pas été exprimées à cette première occasion, et que Mme A.\_\_\_\_\_ a besoin en quelque sorte du temps de récupération de ce premier accident, en plus que du temps de récupération de l'accident du 30 septembre 2009, pour retrouver son équilibre.

Nous pensons que ce temps supplémentaire de récupération soit de l'ordre du semestre."

Dans sa duplique du 26 janvier 2011, l'intimée persiste dans les termes et conclusions de son mémoire de réponse du 25 octobre 2010.

La recourante a encore déposé des observations complémentaires le 4 février 2011. Elle produit un certificat médical de la Dresse H.\_\_\_\_\_ du 10 janvier 2011, selon lequel elle présente une incapacité de travail de 20% pour un mois dès le 10 janvier 2011, avec la précision suivante "PS: depuis le 10.3.2010 Madame A.\_\_\_\_\_ est en incapacité de travail de 20%. Elle travaille donc 6h/jour."

### **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. 56 al.1 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 compte tenu des fêtes estivales, auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2009, 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. a)** 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; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non

critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'intimée pour la période postérieure au 30 avril 2010. La décision attaquée met un terme aux prestations d'assurance dès cette date, en niant tout rapport de causalité entre l'accident du 30 septembre 2009 et les troubles qui ont justifié la poursuite du traitement médical ainsi que l'incapacité de travail partielle au-delà du 30 avril 2010. Au contraire, la recourante soutient que ces troubles sont bien en rapport de causalité avec ledit accident.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et

de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2<sup>ème</sup> éd., 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, 402 consid. 4.3).

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*; arrêt U 61/1991 du 18 décembre 1991 in RAMA 1992 n° U 142 p. 75, consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, n° 80 p. 865).

**b)** Pour déterminer si et dans quelle mesure une personne est incapable de travailler, l'administration — en cas de recours, le tribunal — se base sur des documents médicaux, la tâche du médecin consistant à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). A cet égard, l'assureur social — et le juge des assurances sociales en cas de recours — doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées; 134 V 231 consid. 5.1; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et .cc; TF 9C\_91/2008 du 30 septembre 2008 et 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4; TF I 514/2006 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43; TF 9C\_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C\_776/2009 du 11

juin 2010, consid. 2.2, 9C\_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4 et 8C\_14/2009 du 8 avril 2009, consid.

3).

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 I 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335 consid. 3c et la référence).

**4.** En l'espèce, la recourante a fait l'objet d'une expertise médicale. Le rapport d'expertise du Dr Q. \_\_\_\_\_ du 8 juin 2010 contient un résumé complet du dossier et une anamnèse, prend en compte les plaintes subjectives de la recourante, repose sur des examens complets, décrit clairement la situation médicale et parvient à des conclusions claires, convaincantes et motivées. Ce rapport remplit ainsi toutes les exigences posées par la jurisprudence pour se voir reconnaître une pleine valeur probante (cf. consid. 3b supra).

Il en ressort que la seule atteinte somatique en relation de causalité naturelle avec l'accident est le syndrome cervical post-traumatique sur distorsion cervicale de degré II (selon la Québec Task Force). Au reste, le Dr N. \_\_\_\_\_ parvient au même résultat en retenant l'existence d'un syndrome cervico-musculo-squelettal à droite. De l'avis du Dr Q. \_\_\_\_\_, il ne subsiste pas de séquelle du syndrome cervical en relation de causalité probable avec l'accident. Ces conclusions ne sont pas contredites par les examens radiologiques (IRM cérébrale, IRM cervicale et scanner cervical) effectués le 30 novembre 2009 par le Dr V. \_\_\_\_\_, selon lesquels il n'y a pas d'anomalie au niveau du crâne, et, s'agissant de la jonction crânio-cervicale et de la colonne cervicale, uniquement de minimes signes de dégénérescence du disque C6-C7 et un mini kyste

radiculaire C4-C5 (qui ne sont pas en lien avec l'accident, ce qui n'est contesté par aucun médecin). Selon le Dr Q.\_\_\_\_\_, on peut admettre que la recourante a présenté très probablement des cervicalgies post-traumatiques par distorsion cervicale, lesquelles sont en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'événement du 30 septembre 2009 pendant au maximum six mois, soit jusqu'à fin mars 2010. Les griefs de la recourante à l'encontre du rapport d'expertise du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne sont en outre pas fondés. En effet, ce praticien explique de manière détaillée les raisons qui le conduisent à poser le diagnostic de status après syndrome cervical sur distorsion cervicale de degré II selon la Québec Task Force. Quant au caractère fibromyalgique des douleurs, il le retient en observant que l'on est frappé au status par des douleurs bien reproductibles à la palpation de la musculature latéro-cervicale et des muscles trapèzes. En outre, et contrairement à ce que soutient la recourante, l'expert a pris en compte dans son examen le fait qu'elle a été prise en charge, en raison d'accès migraineux notamment, par la Dresse H.\_\_\_\_\_ depuis mars 2009, et que le traitement de cette dernière avait entraîné une amélioration significative des douleurs. La recourante reproche encore à l'intimée de ne pas lui avoir fait savoir qu'elle pourrait s'opposer à être vue par le Dr Q.\_\_\_\_\_. Or cette expertise était manifestement nécessaire à l'appréciation du cas. La recourante aurait à réception de la convocation à l'expertise pu faire valoir des raisons pertinentes de récusation de l'expert et présenter des contre-propositions, ce qu'elle n'a alors pas fait. Enfin, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a tenu compte dans son rapport du consilium neurologique effectué par le Dr N.\_\_\_\_\_. Cela étant, ce dernier praticien ne se détermine pas sur la causalité naturelle. Quant à la Dresse H.\_\_\_\_\_, dans son courrier du 4 juillet 2010, elle n'explique pas pourquoi le statu quo ante ne serait pas rétabli à la date retenue par l'expert Q.\_\_\_\_\_. S'agissant des douleurs résiduelles et des problèmes de whiplash, elle déclare, sans motiver son appréciation, qu'ils sont "clairement liés à l'accident. Le WAD n'existait pas auparavant". Or il est constant que 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"). Quant au Dr D.\_\_\_\_\_, il explique que la patiente ne

parvient qu'à travailler deux fois trois heures par jour et n'a pas repris une vie quotidienne similaire à celle précédant l'accident, si bien qu'il estime que le statu quo ante n'est pas atteint. Son raisonnement paraît dès lors également guidé par le principe "post hoc, ergo propter hoc". S'agissant enfin du Dr I.\_\_\_\_\_, il conclut à l'absence de pathologie psychiatrique invalidante, l'observation psychiatrique permettant selon ce médecin de "tracer le portrait d'une femme qui se bat pour ce qu'elle pense être ses droits, sur le terrain mouvant de la subjectivité". Le Dr I.\_\_\_\_\_ a en outre relevé que "l'évidence d'un état de stress post-traumatique qui a évolué suite à l'accident du 30 septembre 2009, dans le cadre de l'histoire pas simple du parcours de vie de Mme A.\_\_\_\_\_, mérite d'être pris en compte". Cela étant, la question de savoir si les autres symptômes allégués par la recourante dans le contexte du traumatisme cervical de type "coup du lapin" mais non objectivables, sont en lien de causalité naturelle avec l'accident, respectivement s'il existe un trouble psychique en lien de causalité naturelle avec ledit accident, peut demeurer ouverte, car il convient de nier, dès le 1<sup>er</sup> mai 2010 au plus tard, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces atteintes et l'événement assurée (cf. consid. 5 infra).

**5. a)** Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (consid. 9)

et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante:

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

**b)** En l'occurrence, l'accident s'est déroulé à faible vitesse, provoquant des dégâts peu importants au véhicule dans lequel se trouvait la recourante (le pare-chocs supérieur et inférieur et la jupe arrière ont été endommagés, soit des pièces pour un montant de 193 fr. 40, et une heure de travail de carrosserie, par 130 fr.) alors qu'aucun dommage n'a été mis en évidence sur l'autre véhicule (cf. Rapport d'analyse d'accident du 20 novembre 2009). Lors de l'accident, le véhicule de la recourante a subi une accélération (delta-v) comprise entre 3,2 et 7,9 km/h. Aucune circonstance particulière n'est à relever dans ce contexte de sorte que

l'accident est de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (pour comparaison: arrêts 8C\_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 9, 8C\_655/2008 du 9 octobre 2008, consid. 3.1, 8C\_912008 du 17 septembre 2008, consid. 6.1.2 et 8C\_33/2008 du 20 août 2008, consid. 7.2).

Le fait que la recourante était penchée en avant au moment du choc et regardait vers la gauche, ne donne pas à l'accident un caractère particulièrement impressionnant, ce d'autant moins que l'intéressée n'a subi aucune blessure nécessitant des soins immédiats, pas plus que la passagère du véhicule, qui, alors qu'elle était également penchée, n'a rien eu sinon un peu de surprise (cf. le témoignage écrit de X.\_\_\_\_\_). L'accident n'a pas non plus entraîné des lésions physiques particulières, si ce n'est une distorsion cervicale. Selon les examens radiologiques (IRM cérébrale, IRM cervicale et scanner cervical) effectués le 30 novembre 2009 par le Dr V.\_\_\_\_\_, il n'y a pas d'anomalie au niveau du crâne, et, s'agissant de la jonction crânio-cervicale et de la colonne cervicale, uniquement de minimes signes de dégénérescence du disque C6-C7 et un mini kyste radiculaire C4-C5. Le traitement médical n'a pas donné lieu à des hospitalisations; il a consisté pour l'essentiel en une «trigger points therapy», en ostéopathie, et en médication antalgique. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical, ni de complication importante. S'agissant du critère de l'intensité des douleurs, si la plausibilité des douleurs ressenties par la recourante n'est pas contestée, il faut constater que celles-ci ne l'ont pas empêchée de reprendre son activité professionnelle à raison de six heures par jour, ce qui correspond presque au taux horaire qu'elle exerçait avant l'accident (cf. la déclaration d'accident, selon laquelle la recourante travaille 34 heures par semaine auprès d'E.\_\_\_\_\_ SA). Si tant est que ce critère soit réalisé, il ne l'est pas de manière particulièrement prononcée. Quant au critère de l'importance de l'incapacité de travail, il est douteux qu'une incapacité de travail de 20% puisse être qualifiée d'importante. A tout le moins, ce critère n'est pas non plus rempli de manière particulièrement prononcée.

En conclusion, tout au plus deux critères sont remplis, sans qu'aucun d'entre eux ne le soit de manière particulièrement intense. Or, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n°98 et les références). Il a été jugé que trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisaient pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C\_321/2010 du 29 juin 2010, 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 et 8C\_421/2009 du 2 octobre 2009, consid. 5.8, avec références). Dès lors qu'ici seuls deux critères sont remplis, et ce sans intensité particulière, il y a lieu de considérer qu'il n'y a pas de rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé de la recourante après la fin des prestations au 30 avril 2010.

Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2; voir aussi par ex. les arrêts 8C\_361/2009 du 3 mars 2010, consid 3.2 et 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Il y a ainsi lieu de rejeter la requête d'expertise bidisciplinaire de la recourante, de même que sa requête tendant à ce que le rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ soit complété.

**6.** Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD), ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).

**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 P. \_\_\_\_\_ SA du 23 juillet 2010 est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Christine Sattiva Spring (pour A. \_\_\_\_\_),
- P. \_\_\_\_\_ 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 :