

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 2 mai 2011

Présidence de M. J O M I N I

Juges : Mme Thalman et M. Gerber, juge suppléant

Greffier : M. Rebetez

Cause pendante entre :

Z._____, à Payerne, recourante, représentée par Me Philippe Nordmann,
avocat à Lausanne,

et

J._____ **Générale Compagnie d'Assurances SA**, à Lausanne, intimée.

Art. 6, 16, 24 LAA; 4, 8 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____, née en 1956, était, depuis le 1^{er} décembre 1985, aide-soignante en service de nuit au Home les [...] à [...] à un taux d'activité moyen de 80 %. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels conformément à la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (ci-après : LAA; RS 832.20) auprès de la J._____ Générale Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la J._____). Elle était également assurée pour perte de salaire en cas de maladie auprès de la même compagnie d'assurances selon la loi fédérale du 2 avril 1908 sur le contrat d'assurance (ci-après : LCA; RS 221.229.1).

Depuis 1985, Z._____ présente de manière récurrente une névralgie du trijumeau gauche. Une décompression microvasculaire du nerf trijumeau par craniectomie retromastoïdienne a été opérée le 20 mai 1996. Selon un rapport du 14 mai 1997 du service de neurochirurgie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV), Z._____ souffre d'une hypoesthésie des nerfs V1 et V2 à gauche ainsi que d'une hypoalgésie V1, V2 et V3 à gauche. Il y a une absence de réflexe cornéen à gauche et une nette atrophie du masseter gauche. Selon un rapport du 20 août 1997 du Dr S._____ du service de neurochirurgie du CHUV, l'hypoesthésie et l'hypoalgésie sont en nette régression, mais le réflexe cornéen n'a pas récupéré et le masseter reste atrophique.

Le 10 janvier 2000, Z._____ a été victime d'un accident de la circulation. Un usager arrivant en sens inverse à une vitesse estimée à environ 70 km/h a perdu la maîtrise de son véhicule dans un virage. L'arrière de sa voiture a glissé et s'est mis de travers en fauchant un signal avant d'heurter la voiture de Z._____, malgré que celle-ci ait freiné et ait serré à droite. Selon un témoin, la voiture de la prénommée était presque arrêtée au moment de l'impact. Le véhicule, hors d'usage après le choc, a notamment été enfoncé sur le flanc gauche. Z._____ a heurté la région auriculaire/temporale gauche contre le montant de la porte. Elle s'est sentie groggy, mais n'a pas perdu connaissance.

Alors que les deux passagères de sa voiture étaient indemnes, Z._____ a été transportée à l'hôpital intercantonal de la Broye où elle a été hospitalisée pendant 24 heures pour surveillance neurochirurgicale. Elle s'est plainte de douleurs à la nuque, au niveau des lombaires et à l'épaule gauche. Selon le rapport de sortie du 11 janvier 2000 des Drs X._____ et Q._____, spécialistes en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur, Z._____ a souffert d'un traumatisme cranio-cérébral bénin et d'une contusion à l'épaule gauche. Une fracture de l'apophyse transverse droite de la vertèbre lombaire L3 était soupçonnée sur la base du bilan radiologique du 10 janvier 2010.

Dans son rapport du 17 avril 2000, le médecin traitant de Z._____, le Dr B._____, médecine générale FMH, a ajouté aux diagnostics établis par l'hôpital intercantonal de la Broye ceux de lombosciatalgies gauches consécutives et de distorsion cervicale.

Z._____ a été examinée le 9 mai 2000 par le service de neurochirurgie du CHUV. Le rapport du Prof. L._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, et de la Dresse H._____, médecin-assistant, rappelle qu'après l'opération de mai 1996 pour décompression microvasculaire du nerf trijumeau, Z._____ a eu des récurrences de la névralgie du V3 gauche avec plusieurs épisodes de décharge électrique suite à un accident de voiture en février 1999. Un nouveau traitement chirurgical par décompression vasculaire est proposé. Par ailleurs, ce rapport signale que suite à l'accident assuré du 10 janvier 2000, Z._____ a souffert de douleurs à la jambe gauche avec boiterie. Selon un rapport du 19 mai 2000 de la Dresse H._____, l'accident de janvier 2000 n'est pas intervenu dans la névralgie du V3.

Des examens par CT-Scan du rachis lombaire et du rachis sacré ont été réalisés à l'hôpital intercantonal de la Broye. Selon le rapport du 16 mai 2000 de la Dresse K._____, radiologue, les canaux L3-L4 et L4-L5 ont une dimension préservée et aucune hernie discale n'est démontrée. En revanche, au niveau L5-S1, une discopathie dégénérative

sévère avec protrusion discale et une herniation au sein du recessus latéral S1 gauche a été constatée, entrant en conflit avec l'émergence radiculaire gauche. S'agissant des sacro-iliaques, ni érosion, ni élargissement ni lésion n'a été mise en évidence.

Selon un rapport du Dr B. _____ du 11 mai 2000, les lombo-sciatalgies gauches sur hernie discale L5-S1 avec conflit radiculaire S1 gauche sont post-traumatiques. Il en va de même de la récurrence d'une névralgie du trijumeau G, après déplacement matériel de décompression vasculaire posé en mai 1996. Il s'agit de complications post-traumatiques mises en évidence à la suite d'une évolution stationnaire de la symptomatologie.

Le rapport du 22 mai 2000 du Dr F. _____, spécialiste FMH en neurologie, met en évidence un syndrome lombovertébral prononcé, associé à un déficit sensitif dans le dermatome S1 G, le long duquel irradie une lombo-sciatalgie incapacitante depuis l'accident du 10 janvier 2000. Ce tableau clinique est en très bonne corrélation avec un conflit disco-radicaire S1 G démontré par CT-scan le 12 mai 2000, l'herniation discale occasionnant cette irritation radiculaire étant sans doute de nature traumatique au vu du contexte.

Z. _____ a été hospitalisée à l'hôpital intercantonal de la Broye au service de réadaptation du 30 mai au 7 juin 2000. Le rapport du Dr R. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, et des Dresses [...] et [...], relève au status d'entrée un syndrome lombovertébral modéré et un syndrome radicaire S1 G irritatif et déficitaire sensitif. Le traitement conservateur (épreuve de lit strict puis mobilisation) a échoué.

Z. _____ a été examinée le 16 juin 2000 à l'hôpital cantonal de Fribourg par le Dr A. _____, spécialiste FMH en neurochirurgie. L'examen montre un syndrome vertébral modéré, une hypoesthésie dans le territoire S1 gauche, sans déficit moteur. Z. _____ a été opérée le 19 juin 2000 par le Dr A. _____. Celui-ci a découvert avec surprise lors de

l'opération qu'il ne s'agissait pas d'une hernie discale, mais d'un kyste sacro-méningé de la racine S2 gauche. L'intervention a consisté en une hémilaminectomie S1 gauche avec exérèse partielle de ce kyste qui était entouré d'un peu de graisse inflammatoire et refoulait nettement la racine S1. Le Dr A._____ explique les douleurs après l'accident en supposant que le mécanisme était une mise sous tension du kyste ou un gonflement important de ce dernier au moment de l'accident, peut-être par une manoeuvre de valsava. Les douleurs ont disparu au réveil.

Le Prof. P._____, spécialiste FMH en neurochirurgie, a été consulté par le médecin-conseil de la J._____ sur la relation de causalité entre l'intervention chirurgicale le 19 juin 2000 et l'accident du 10 janvier 2000. Dans son avis du 18 décembre 2000, le praticien susmentionné, qui se fonde sur la description du Dr A._____, évoque l'hypothèse d'un petit kyste arachnoïdien extra-dural. A priori, il ne s'agit donc pas d'une lésion traumatique. Par contre, il semble bien établi que la symptomatologie est apparue immédiatement avec l'accident, peut-être effectivement en raison d'une augmentation du volume du kyste ou d'un déplacement par rapport à la racine. Il suffit parfois d'un changement minime pour qu'une situation préalablement asymptomatique soit décompensée. Le praticien en déduit qu'il y a intrication de lésion congénitale et d'événement accidentel.

Après avoir été en incapacité totale de travailler depuis le 10 janvier 2000, Z._____ a repris le travail en date du 23 octobre 2000. Elle a été à nouveau en incapacité totale de travail dès le 8 janvier 2002. Selon les certificats médicaux du Dr B._____ des 10, 21 et 30 janvier 2002, l'incapacité de travail est due à la maladie.

Z._____ a été réexaminée le 14 décembre 2001 par le Dr A._____ en raison de douleurs violentes dans la région inférieure de la cicatrice latéralisée à gauche qui irradient dans le haut de la fesse. A la palpation, la douleur est très superficielle. Le Dr [...] a l'impression qu'il s'agit essentiellement d'une douleur musculaire. La patiente, très motivée, a refusé un arrêt de travail et ne souhaite pas changer de métier.

Un examen IRM cérébral a lieu le 12 janvier 2002 en raison d'une névralgie de la 3^{ème} branche du nerf trijumeau à gauche, récidivante. Selon le rapport du Dr M._____, radiologue, aucune pathologie n'a été objectivée au niveau du nerf trijumeau à gauche dont le trajet est latéralisé, compatible avec le status postopératoire. Il n'y a pas d'évidence de nouveaux conflits vasculaires et l'exploration cérébrale dans l'ensemble est normale. Il y a en revanche une sinusite aiguë ethmoïdo-maxillaire bilatérale.

Selon un rapport du Dr [...] du 5 février 2002, la névralgie du trijumeau (branche V3 gauche) est restée calme ou pour le moins supportable sous traitement jusqu'aux environs de Noël 2001. A ce moment-là, sans facteur déclenchant bien évident, il y a eu recrudescence des douleurs qui sont depuis incapacitantes, ayant entraîné un arrêt de travail à partir du début janvier 2002. Le tableau clinique dégage la forte impression d'une récurrence importante de névralgie du trijumeau dans le territoire V3 gauche, sans évidence de la participation notable d'un problème autre. Au vu de l'IRM, normale en ce qui concerne le parenchyme cérébral, il semble bien s'agir d'une forme idiopathique.

Le 26 février 2002, Z._____ a, à nouveau, été examinée par le Prof. L._____ qui a constaté une récurrence de la névralgie du trijumeau, même si l'examen neurologique était calme.

Selon un rapport du 15 mars 2002 du Dr B._____, le seul diagnostic subsistant est la névralgie du trijumeau V3 G dont l'évolution est stationnaire malgré le traitement médicamenteux maximal. A son avis, aucun facteur étranger à l'accident du 10 janvier 2000 ne joue de rôle dans l'évolution du cas.

Dans son avis médical du 17 avril 2002, le Dr [...] pose le seul diagnostic de névralgie du trijumeau V3G, précisant qu'il ne s'agit pas des suites d'un accident. Il rapporte avoir ordonné un arrêt de travail de durée indéterminée.

Le 1^{er} mai 2002, le Dr B. _____ a communiqué à l'office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud que les lombalgies avaient repris de manière aiguë.

En date du 5 mai 2002, Z. _____ a été opérée au CHUV et a subi une thermocoagulation de la branche V2 et V3 à gauche pour névralgie du trijumeau. Après l'opération, les douleurs névralgiques ne sont pas réapparues. Dans le rapport de sortie du Prof. [...], chef du service de neurochirurgie, et du Dr [...], il est relevé que la patiente est au bénéfice d'un arrêt de travail suite à des problèmes lombaires.

Selon un rapport du Dr [...] du 5 septembre 2002, un IRM a mis en évidence une discopathie L5-S1, avec fort pincement discal et réaction des plateaux vertébraux. Cette discopathie peut être à l'origine des douleurs, en particulier des douleurs récurrentes à l'effort.

B. Une expertise du 1^{er} novembre 2002 réalisée par le Dr [...], spécialiste en neurologie, a posé le diagnostic suivant :

- " - *Névralgie du trijumeau gauche (branches V2 et V3) récidivante au décours avec endormissement facial gauche résiduel.*
- *Status après un accident de la circulation (10.1.2000) ayant entraîné :*
 - i. Un TCC mineur avec choc pariéto-gauche*
 - ii. Une contusion de l'épaule gauche*
 - iii. Une distorsion/contusion cervicale*
 - iv. Une contusion lombaire avec décompensation d'un kyste sacro-méningé de S2 Gauche*
 - v. Un état de stress post-traumatique*
- *Status après excision d'un kyste sacro-méningé de la racine S2 gauche*
(19.6.2000)

- *Cervico-brachialgies et lombo-sciatalgies gauches persistantes d'origine très partiellement post-traumatique.*
- *Troubles psychologiques persistants avec notamment un bégaiement après thermocoagulation du nerf trijumeau gauche."*

De l'avis du Dr [...], la relation de causalité entre l'accident du 10 janvier 2000 et la récurrence de névralgies faciales gauches n'est que possible, n'atteignant pas le degré de haute vraisemblance. De plus, cette atteinte n'est pas actuellement à l'origine d'une incapacité de travail.

S'agissant des cervico-brachialgies, la causalité avec l'accident du 10 janvier 2000 est probable, même si l'on ne peut pas écarter l'hypothèse d'une hernie discale ou de lésions cervico-arthrosiques sous-jacentes. Cette composante de la symptomatologie paraît contribuer à l'incapacité de travail dans la profession d'aide-soignante, mais il est difficile de déterminer l'importance relative de cette composante par rapport aux lombo-sciatalgies.

En ce qui concerne les lombo-sciatalgies gauches, il existe un mélange de facteurs post-traumatiques et maladifs puisqu'il est vraisemblable que le choc ait décompensé un kyste sacro-méningé sur S2 préalablement asymptomatique et qui aurait pu le rester après le choc. De l'avis du Dr [...], la part respective des facteurs post-traumatiques et maladifs pour les lombo-sciatalgies est de 50 % pour une période de deux ans puis une part de 10 % des facteurs post-traumatiques pour une période indéterminée, part incluant aussi celle "*post-traumatique*" des cervico-brachialgies et des troubles psychologiques.

Selon l'expert, l'incapacité de travail est entière et vraisemblablement définitive dans la fonction d'aide-soignante et le rôle des facteurs post-traumatiques est de 10 %. L'expert a précisé qu'on pouvait par contre espérer que Z._____ puisse exercer une activité lucrative à 75 % voire 100 % dans une activité légère, ne nécessitant pas le port de charges lourdes ni un engagement physique lourd et autorisant des changements fréquents de position. Il a encore évalué à 10 % la perte

à l'intégrité permanente due à l'accident en raison des rachialgies résiduelles et de la part post-traumatique des complications psychiques.

C. Un examen neurologique de comportement a été réalisé le 6 janvier 2003 au Service de neurologie du CHUV. Le rapport du 30 janvier 2003 du Professeur [...], chef du service de neurologie, du Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, et de [...], logopédiste, relève ce qui suit :

"L'examen met en évidence une atteinte globale des fonctions cognitives avec au premier plan des troubles mnésiques sévères antérogrades et rétrogrades. Par ailleurs on constate des troubles du langage (bégaiement, manque du mot) des troubles praxiques constructifs, des troublesgnosiques visuels, des difficultés exécutives avec ralentissement généralisé ainsi que des troubles du raisonnement. On note également des troubles anxieux associés.

Ce tableau d'atteinte global est d'origine multifactorielle et peut s'expliquer :

- 1) Dans le cadre d'un contexte psychogène (post-traumatique?) chez une patiente multitraumatisée qui présente des signes anxieux.*
- 2) Comme l'expression d'une maladie neurologique de type inflammatoire."*

Un rapport du Dr [...], spécialiste en neurologie, et du Dr U. _____ du service de neurologie du CHUV, daté du 27 août 2003, pose les diagnostics suivants, d'un point de vue neurologique :

"- *Hémi parkinsonisme G avec dystonie au niveau facial inférieur et MSG.*

- *Un bégaiement et des troubles cognitifs partiellement post-traumatiques, aggravés dans le cadre de la maladie dégénérative.*
- *Un status après thermocoagulation du nerf trijumeau pour névralgie en mai 2002"*.

Selon ce rapport, l'évaluation en rapport avec l'accident concerne les examens de janvier et février 2003. Par la suite, le suivi est celui d'une maladie dégénérative.

Un rapport du Dr [...] et du Dr [...], du service de neurologie du CHUV, du 1^{er} avril 2005 retient les diagnostics et conclusions suivants :

- " - *Bégaiement avec composante organique*
- *Troubles cognitifs (déficit de mémoire antérograde, anomie, apraxie faciale)*
- *Dystonie faciale inférieure gauche et syndrome parkinsonien à prédominance gauche*
- *Possible dégénérescence corticobasale*

(...)

Conclusion

Chez cette patiente, qui présente une dystonie focale et un discret syndrome parkinsonien d'apparition progressive, l'examen met en évidence un déficit cognitif qui est considéré comme modéré à sévère et qui touche essentiellement la mémoire antérograde et, dans une moindre mesure, la mémoire rétrograde (autobiographique). Ce type d'atteinte mnésique ne suggère pas une pathologie du lobe temporal médial (reconnaissance intacte). Nous notons d'ailleurs une apraxie faciale, un bégaiement de probable nature organique et des discrets signes d'apraxie gestuelle (main droite, imitation des gestes sans signification). Bien que ce type d'atteinte ne soit pas spécifique et l'évolution semble se caractériser par une légère aggravation, son association avec une dystonie focale suggère en premier lieu le diagnostic de dégénérescence corticobasale.

Bien que les investigations effectuées (IRM et PET cérébral) ne donnent pas d'éléments significatifs, le diagnostic de dégénérescence corticobasale est souvent difficile au début."

Un rapport du 2 septembre 2005 du Prof. [...] et du Dr [...], du service de neurologie du CHUV, retient les diagnostics suivants :

- " - *Hémi-parkinsonisme gauche avec dystonie au niveau facial inférieur et du membre supérieur gauche, dans le cadre d'une probable dégénérescence corticobasale*

- *Status après 2 interventions par thermocoagulation du nerf trijumeau à gauche pour des névralgies en mai 2002.*
- *Status après TCC dans le cadre d'un accident de voiture en janvier 2000."*

Le rapport met en évidence que l'évolution est caractérisée par une lente aggravation de la symptomatologie clinique avec un parkinsonisme unilatéral gauche qui progresse, une tendance à lâcher des objets associée à un caractère d'étrangeté du membre supérieur gauche, et des crampes de plus en plus douloureuses au membre inférieur gauche.

D. A la demande de la J._____, le Centre multidisciplinaire de la Douleur (CMD) à Genolier a rendu le 7 mai 2004, une expertise pluridisciplinaire, réalisée par la Dresse [...], spécialiste FMH en rhumatologie, la Dresse [...], spécialiste FMH en psychiatrie, le Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, et [...], neuropsychologue FSP. Celle-ci pose les diagnostics suivants :

- "- *Status après traumatisme crânien simple.*
- *Status après suspicion de fracture de l'apophyse transverse de L3, contusion de l'épaule G et entorse cervicale suite à l'accident de janvier 2000.*
- *Status après thermocoagulation et intervention de la fosse postérieure pour névralgie de la troisième branche du nerf trijumeau gauche. Anesthésia dolorosa secondaire.*
- *Status après syndrome radiculaire S1 gauche.*
- *Dégénérescence corticobasale probable.*
- *Evolution anxio-dépressive.*
- *Cervicalgie et lombalgies, non invalidantes."*

Les conclusions de l'expertise mentionnent qu'il n'est pas possible d'établir une relation de causalité naturelle entre le traumatisme du 10 février 2000 et les troubles neurologiques et neuropsychologiques de Z._____ :

"On notera d'abord que les contrôles neurologiques et neuropsychologiques, y compris ceux effectués dans le cadre de cette expertise, confirment une lente aggravation des troubles neurologiques au fil du temps malgré les thérapies entreprises. (...)

Actuellement, face au tableau déficitaire tardif et évolutif, seule une affection dégénérative peut être envisagée, dans le cas présent une dégénérescence corticobasale. (...)

Nous avons effectué une recherche dans la littérature et n'avons trouvé aucun cas de dégénérescence corticobasale causé par traumatisme crânien du type subi par Madame Z. (...)

La névralgie du trijumeau est préexistante à l'accident, il s'agit d'une pathologie qui peut avoir une évolution très fluctuante, la symptomatologie est ainsi réapparue de façon spontanée et transitoire en 1997; par ailleurs il est difficile d'imaginer un choc suffisant pour engendrer une nouvelle lésion du tronc cérébral, du nerf en lui-même ou une décompensation de son status post-opératoire secondaire à la décompensation microvasculaire effectuée en mai 1996. L'accidentée n'a en effet présenté qu'un traumatisme crânien discret, n'ayant engendré aucune participation cérébrale secondaire, notamment de perte de connaissance ou de déficit neurologique segmentaire dans les suites immédiates. (...)

En conclusion, sur le plan neurologique l'examen met en évidence d'importants troubles des fonctions supérieures associées à un syndrome extrapyramidal akinétique et rigide gauche auxquels se surajoutent un possible discret syndrome pyramidal et un hémisindrome sensitif gauche."

Le seul lien de causalité entre la "symptomatologie actuelle" et l'accident n'est admis par les experts que pour la persistance de cervicalgies modérées. Celles-ci n'entraînent toutefois pas d'incapacité de travail. Ces douleurs sont probablement amplifiées par l'état psychique réactionnel à la situation somatique globale. Il n'y a donc actuellement aucune incapacité de travail en relation avec l'accident. L'incapacité de travail est cependant totale sur les plans psychologique, neuropsychologique et psychique, pour des raisons de maladie. Selon les experts, l'accident est à considérer comme entrant dans la catégorie des événements de gravité mineure et ne peut être à l'origine d'une décompensation psychique durable.

Par courrier du 1^{er} juillet 2004, la Dresse [...], spécialiste en médecine interne et rhumatologie, a, en réponse à une demande de la J._____, confirmé qu'il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité en ce qui concerne les troubles lombaires et cervicaux qui seraient en relation de causalité naturelle avec l'accident.

E. A la demande du conseil de Z._____, le Dr [...], spécialiste FMH en neurologie, a rendu une expertise en date du 3 juin 2005. Celle-ci pose les diagnostics suivants :

- "- *Syndrome cervical posttraumatique.*
- *Syndrome lombovertébral.*
- *Status post-décompression (1996) et thermocoagulation du trijumeau gauche.*
- *Hémisyndrome sensitivomoteur gauche d'origine indéterminée.*
- *Troubles neuropsychologiques post-traumatiques."*

Le praticien susmentionné a apprécié le lien de causalité entre les atteintes subsistantes et l'accident du 10 janvier 2000 comme suit :

"1. La patiente présente un syndrome cervical depuis son accident. Il n'existe en revanche pas de signe d'une atteinte médullaire ou radiculaire. Ce syndrome cervical est survenu après l'accident. Il peut être expliqué par une distorsion cervicale survenue lors de ce traumatisme. La relation entre le symptôme et l'accident me semble donc quasi-certain.

2. La patiente présente un syndrome lombovertébral résiduel non déficitaire. (...) lors de mon expertise, je n'ai pas constaté de signe de lésion radiculaire, ce qui correspond aux constatations faites lors des deux précédentes expertises. Par ailleurs, lors de l'accident, l'impact a eu lieu principalement à la hauteur de la partie supérieure du corps alors que la colonne lombaire était relativement protégée par le dossier du siège de la patiente. Il persiste encore un syndrome lombo-vertébral purement irritatif dont le lien de causalité avec l'accident m'apparaît possible.

3. Depuis 1985, la patiente présente une névralgie du trijumeau gauche. (...) Les névralgies ont disparu depuis (la thermocoagulation). Il persiste en revanche des troubles sensitifs dans le territoire du trijumeau à gauche qui

correspond à une complication connue de thermocoagulation. Au vu de ces éléments, le lien de causalité entre l'accident du 10.01.00 et la névralgie du trijumeau m'apparaît exclu.

4. La patiente présente des troubles sensitivomoteurs de l'hémicorps gauche pour lesquelles elle a déjà été investiguée à plusieurs reprises dans le Service de neurologie du CHUV qui continue de la suivre. Le diagnostic de dégénérescence corticobasale a été évoqué. (...) Personnellement, je ne suis pas certain de ce diagnostic, principalement en raison de l'absence d'évolution : en effet, le tableau clinique ne s'est pas aggravé de façon significative par rapport aux examens précédents, notamment l'expertise de 2002, et aussi parce que certains traits cliniques, notamment la démarche de la patiente, ne sont pas caractéristiques d'une affection dégénérative. Lors de mon examen, j'ai par ailleurs découvert une importante diminution de l'acuité visuelle de l'oeil gauche qui ne constitue en aucun cas un symptôme d'une éventuelle dégénérescence corticobasale. (la poursuite des investigations a permis d'exclure une lésion des voies optiques.) Il est donc possible que la patiente souffre d'une affection dégénérative mais elle présente aussi des troubles fonctionnels évoquant une décompensation psychique. Vu qu'avant l'accident, elle n'avait pas de tels problèmes, le lien de causalité avec l'événement du 10 janvier 2000 est vraisemblable.

5. L'examen neuropsychologique des 20 et 22 novembre 2004 a montré des troubles mnésiques, un ralentissement, un fléchissement des capacités de raisonnement et un manque du mot dont le rapport avec l'accident de 2000 semble quasi certain."

F. Le 2 juin 2000, la J._____ a informé Z._____ qu'elle considérait la récurrence de névralgie traitée par le CHUV comme n'étant pas en relation de causalité avec l'accident du 10 janvier 2000 et qu'en conséquence les frais de guérison et l'incapacité de travail dus à cette affection ne seraient pas pris en charge.

La J._____ a réglé des indemnités journalières au titre de l'assurance-accidents selon la LAA et de l'assurance complémentaire LAA jusqu'au 22 octobre 2000. Elle a encore pris en charge les frais de traitement des troubles cervicaux jusqu'au 31 décembre 2003 au titre de l'assurance-accidents. Toutes les prestations LAA de la J._____ ont été

indemnisées par l'assurance du chauffeur responsable. Par ailleurs, l'assurance précitée a indemnisé l'incapacité de travail complète dès le 4 janvier 2002 au titre de l'assurance-maladie collective perte de salaire jusqu'au 3 janvier 2004.

G. Par acte du 7 novembre 2006, Z._____ a recouru pour déni de justice devant le Tribunal des assurances du canton de Vaud en raison de l'absence de décision. Le recours a été admis le 28 février 2007 et le dossier renvoyé à la J._____ pour qu'elle rende une décision dans le plus bref délai.

H. Le 21 mai 2007, la J._____ a rendu une décision mentionnant que le cas devait, du point de vue de l'accident, être clos au 22 octobre 2000 (fin de la période d'incapacité de travail initiale) en ce qui concerne les indemnités journalières, et à fin 2003 en ce qui concerne les traitements encore nécessités par les troubles cervicaux.

Z._____ a fait opposition en date du 15 juin 2007. Par décision sur opposition du 3 décembre 2007, la J._____ a rejeté l'opposition et confirmé la décision attaquée. Si elle admet le lien de causalité entre l'accident assuré et les cervicalgies ainsi que le syndrome lombovertébral, elle nie toute portée invalidante à ces affections. Elle considère en revanche que les autres affections diagnostiquées par le Dr [...] (névralgie du trijumeau, troubles sensitivomoteurs de l'hémicorps gauche, les troubles neuropsychologiques) ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident assuré.

I. Par acte du 17 janvier 2008, Z._____ a fait recours devant le Tribunal cantonal des assurances du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 3 décembre 2007. Si elle a admis que les névralgies faciales n'étaient pas liées à l'accident, elle a en revanche soutenu que les troubles neuropsychologiques et les troubles sensitivomoteurs de l'hémicorps gauche étaient dans un rapport de causalité avec l'accident assuré. Elle a requis une expertise judiciaire pluridisciplinaire neutre et a

conclu à la modification de la décision attaquée en ce sens que le droit aux prestations lui est reconnu depuis le 10 janvier 2000 et au-delà de la fin 2003, subsidiairement à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision.

J. Dans sa réponse du 7 février 2008, la J._____ a conclu à l'irrecevabilité du recours pour tardiveté. Dans sa réplique du 19 février 2008, la recourante a maintenu ses conclusions.

K. Le 10 octobre 2008, le Tribunal des assurances du canton de Vaud a mandaté l'hôpital de Bâle avec la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire (interniste, rhumatologique, neurologique, neuropsychologique et psychiatrique). Le Zentrum für Rehabilitation de l'hôpital de Bâle a rendu son expertise le 6 novembre 2009 qui arrive aux conclusions suivantes :

"Diagnostics

1. Accident de la circulation le 10.01.2000 avec

a. contusion de la tête, amnésie antérograde, Mild Traumatic Brain Injury (MTBI)

b. trouble neuropsychique moyen, status après traumatisme par distorsion de la colonne cervicale

c. suspicion d'un psychosyndrome organique après traumatisme craniocérébral (F 07.2)

d. fracture du corps de la 3^{ème} vertèbre lombaire (CIM 10 : M48.36)

e. événement d'accélération cervical (distorsion de la colonne cervicale) avec troubles de la nuque/de l'épaule après contusion à gauche qui ont régressé, actuellement peu de cervicalgies et céphalgies modérées (CIM 10: M53.0)

2. Etat de stress post-traumatique (F43. 1)

3. Réaction dépressive persistante (F 43.21) avec problématique latente d'infériorité (dysthymie, F 34.1)

4. Dégénérescence des segments lombaires avec spondylarthroses modérées L3/4 et L4/5, spondylarthrose hypertrophiée avancée avec pseudospondylolisthésis du corps de la 5^{ème} vertèbre lombaire (5mm)

associée à une ostéochondrose et une discopathie L5/S1 (TDM 16.05.00) sous-jacente (CIM 10 M 54.5)

a. Syndrome irritatif lomboradiculaire S1 avec décompensation d'un kyste arachnoïdien méningé S2 gauche à la suite de l'accident du 10.01.2000 (voir diagnostic 1) (CIM 10: M53. 1), avec hémilaminectomie S1 et décompression de la racine S1 gauche le 19.06.2000 (Dr Ph. [...])

b. Actuellement : déconditionnement musculaire du tronc et du squelette axial et insuffisance posturale, rayonnement douloureux pseudoradiculaire intermittent dans la jambe gauche

5. Hémisyndrome sensomoteur gauche d'étiologie obscure avec

a. Brachialgies non spécifiques et affaiblissement de la force dans la main gauche, baisse de la force et de la sensibilité dans la moitié gauche du corps - Diagnostic différentiel dans le cadre de l'évaluation psychiatrique

6. Hypoesthésie résiduelle des branches V2 et V3 du trijumeau gauche (CIM 10: R20. 1), status après

a. Décompression microvasculaire avec implant de téflon 20.05.1996

b. Thermocoagulation des branches V2 et V3 du trijumeau gauche le 07.05.2002

c. Sans douleurs depuis le 07.05.2002"

Anamnèse du point de vue de la médecine des assurances

La patiente ne comprend pas vraiment la raison de cette évaluation. Elle souffre de troubles physiques liés à l'accident et a perdu son travail. C'est à ce propos que des divergences existent avec la J._____. [...], l'assurance de la personne ayant provoqué l'accident, a accepté le sinistre, la J._____, assurance de la patiente, l'a par contre refusé. Maître P. Nordmann a jusqu'à présent défendu ses intérêts. C'est maintenant son successeur, Mme A.S. Dupont, qui est en charge du dossier.

Au moment de l'accident, en 2000, la patiente travaillait comme infirmière, exclusivement en service de nuit, avec un taux d'occupation de 80 %. Après l'accident, elle s'est d'abord retrouvée en congé maladie. Ensuite ont eu lieu différentes tentatives de reprise du travail. Celles-ci ont toutes échoué en raison des troubles physiques et des pertes de mémoire. Après l'annonce à l'AI (2002), il a été procédé à une détermination de la capacité de travail. L'AI a toutefois refusé des mesures professionnelles. C'est pourquoi la patiente n'a plus exercé d'activité professionnelle depuis l'accident. Elle a d'abord perçu pendant deux ans des indemnités journalières de l'assurance-

accidents. Actuellement, elle bénéficie d'une rente AI (CHF 2500.-/mois) ainsi que d'une contribution mensuelle de la [...] de CHF 1600.- pour la formation de sa fille. Lorsque la fille aura terminé sa formation professionnelle, la rente AI de la patiente sera réduite. La [...] a pris en charge le dommage au véhicule et versé une indemnité unique, ce qui a permis de couvrir les frais d'avocat. La J. _____ ne paie pas à l'heure actuelle.

Appréciation globale et prise de position relative aux appréciations antérieures

L'aide soignante, âgée aujourd'hui de 52 ans, a subi le 10.01.2000, à l'âge de 43 ans (il y a 9 ans), un accident de voiture avec collision frontale à gauche (porte du conducteur) ayant entraîné une distorsion de la colonne cervicale et une contusion de la région lombaire gauche, de l'épaule gauche ainsi que de la tête côté gauche. L'impact peut être considéré comme pertinent sur le plan énergétique, avec une vitesse de l'impact de 50 à 70 km/h. D'après les documents existants et sur la base de l'anamnèse, les premiers soins médicaux sur place et à l'hôpital ont été prodigués correctement. Il n'y a pas eu de perte de connaissance. La mémoire est lacunaire pour la période se situant immédiatement après l'accident jusqu'à l'hospitalisation. Selon la patiente, ses souvenirs sont revenus seulement à l'hôpital. Par définition, il faut donc partir du principe qu'il s'agit d'un traumatisme cérébral léger (Mild Traumatic Brain Injury, définition selon le Committee of the Head Injury Interdisciplinary Special Interest Group of the American Congress of Rehabilitation Medicine) entraînant des difficultés de mémoire et de concentration persistantes.

A la suite de l'accident, un déficit neurologique est apparu qui, en raison de son intensité, laissait supposer une évolution démentielle au sens d'une démence corticobasale et qui a d'abord été considérée comme maladie isolée. Le profil de déficit cognitif observé à plusieurs reprises lors de tests neuropsychologiques pourrait être compatible avec un état de démence. Le diagnostic d'une dégénérescence corticobasale décrit précédemment correspond à une pathologie neurodégénérative en progression, dont les caractéristiques principales sont les symptômes de la maladie de Parkinson (extrapyramidaux et moteurs) et une baisse continue des capacités cognitives. Lors d'éclaircissements médicaux et neuropsychologiques (PD Dr [...] 27.8.03, CMD 7.5.04, PD Dr [...] 1.4.05, Dr [...] 3.6.05), un état évolutif

et actuel comparable a pu être objectivé par des tests neuropsychologiques. A cela s'ajoute que l'autonomie au quotidien ne s'est pas dégradée. Le critère essentiel de progression ou de baisse d'autres capacités mnésiques manque pour permettre de diagnostiquer une évolution démentielle primaire. Globalement, il n'est pas possible d'objectiver une progression univoque indiquant une évolution démentielle en comparant les examens neuropsychologiques. Une baisse des activités cognitives est également contestée par la patiente et dans l'anamnèse de tiers. Ni les observations du comportement, ni les tests de validation des symptômes ne permettent de mettre en évidence une tendance à exagérer ou à surjouer. Le profil de déficit neuropsychologique actuel ainsi que l'évolution résultent probablement de l'accident du 10.01.2000. Notre appréciation ne concorde donc pas avec l'appréciation du Centre Multidisciplinaire de la douleur du 09.01.2004.

L'écart entre les résultats des tests neuropsychologiques et l'autonomie largement maintenue au quotidien n'est pas suffisamment explicable, d'autant plus que celle-ci est confirmée par la patiente et l'anamnèse de tiers. Une éventuelle explication peut résider dans une adaptation optimale de la patiente aux exigences du quotidien grâce à une utilisation d'automatismes et de la routine et au soutien ponctuel de tiers.

Absence de trouble dépressif marqué. La problématique d'infériorité a probablement conduit à ce que la patiente se laisse exploiter dans le cadre du mariage et éprouve des difficultés à se défendre. Son handicap physique a fortement accentué la problématique d'infériorité et de ce fait la dépressivité, raison pour laquelle elle a suivi un traitement psychiatrique.

La distorsion de la colonne cervicale survenue lors de l'accident a connu une guérison ralentie. Pour l'heure, aucune séquelle organique ou structurelle directe liée à l'accident n'est à déplorer. Les contractions répétées de la nuque, parfois associées à des céphalées, sont limitées et peuvent être combattues avec un traitement médicamenteux et physiothérapeutique. Elles ne sont pas de nature à entraver la capacité de travail ou l'intégrité.

L'hémisyndrome sensomoteur et les brachialgies ne peuvent être attribués à un corrélat organique. La perte de force dans la moitié gauche du corps apparaît comme simulée. La force mesurée lors de l'examen clinique aurait des répercussions au quotidien sous forme d'une incapacité de se tenir debout et de marcher. L'absence de corrélat organique avec une paralysie est illustrée par la symétrie des circonférences des bras et des jambes des deux côtés, constat qui s'oppose à l'atrophie musculaire unilatérale qui

serait constatée en cas de parésie. Les réflexes ostéo-tendineux sont également symétriques. Ici aussi, il convient d'envisager une superposition psychiatrique liée à un état de stress post-traumatique. Cependant, aucun signe d'une simulation n'est reconnaissable.

Suite à la contusion dans la région lombaire gauche est apparue immédiatement après l'accident une douleur dans le dos et sur la face dorsale de la jambe gauche, qui a été documentée comme telle. Les documents et l'anamnèse n'ont pas permis de déterminer si une compression de la racine nerveuse a été cliniquement objectivée. Aucun éclaircissement spécifique y relatif n'a été demandé (IRM CVL, évaluation neurologique), bien qu'une radiographie conventionnelle ait laissé apparaître une fracture du 3^{ème} corps vertébral lombaire (CIM 10: M48.36). La possibilité d'une fracture est le signe d'un traumatisme plus puissant sur le plan énergétique, lors duquel d'autres structures peuvent également avoir subi des lésions qui ne sont pas visibles par imagerie conventionnelle. Après la brève hospitalisation de 24 heures, qui était nécessaire à la surveillance neurochirurgicale de la commotion cérébrale codifiée (CIM 10: S06.0), les douleurs sur la face dorsale de la jambe ont persisté, alors que les douleurs dorsales se sont atténuées. Par la suite, une radiculopathie S1 a pu être objectivée cliniquement et une compression radiculaire S1 gauche radiologiquement par tomodensitométrie. Le 19.06.2000, le Dr [...] a alors procédé à une hémilaminectomie S1 gauche. En cours d'intervention, il a été constaté que la compression de la racine nerveuse S1 gauche était due à un kyste arachnoïdien de la racine S2 gauche. Celle-ci a été assainie par la même occasion. Aucune hernie discale n'a été opérée. L'évolution postopératoire a montré une amélioration des douleurs sur la face dorsale des jambes. Les symptômes douloureux déclenchés par le kyste arachnoïdien sont très probablement imputables à l'accident. Ils prennent la forme non pas d'une lésion traumatique, mais d'un grossissement du kyste par réaction ou d'une dislocation avec compression de la racine nerveuse S1 gauche. L'appréciation actuelle concorde avec celle du Prof. [...]. Après quelques mois sont apparues plus fréquemment des douleurs musculaires aux fesses, pour lesquelles un lien peut être indirectement établi avec le segment opéré. Dans la TDM de la CVL du 16.05.2000 a déjà été décrite une discopathie dégénérative grave. Elle doit être considérée comme préexistante, étant donné que le processus dégénératif décrit, qui implique une perte de l'espace intervertébral et des modifications arthrosiques, peut difficilement apparaître dans cette ampleur en l'espace de quatre mois.

Dans l'IRM de la CVL actuelle (4.2.09, Bethesda Spital Basel), la même discopathie L5/S1 est visible, avec toutefois une progression supplémentaire des modifications dégénératives et la formation de spondylarthroses consécutives et d'une pseudospondylolisthésis. Ces modifications peuvent être considérées comme status quo sine. Les symptômes associés avec déséquilibre musculaire, douleurs rayonnantes aux fesses et insuffisance posturale sont des modifications dégénératives et ne sont pas directement imputables à l'accident, bien qu'ici aussi, on ait pu constater une détérioration claire chez la patiente (pendant environ deux ans (selon la version allemande)), qui était asymptomatique avant l'accident. Globalement, la pathologie constatée entraîne une moindre résistance aux travaux exigeant le port de charges. Le port répété de charges de plus de 7 kg (légères) doit donc si possible être proscrit, tout comme les travaux exigeant des positions forcées pour le dos. Il faut également veiller à alterner au maximum les positions debout, marche et assise. Le rythme de travail et la capacité d'effort sont également réduits pour une activité légère. A cela viennent se greffer des troubles de nature psychiatrique. Pour stabiliser la force du tronc, il faudrait en premier lieu procéder à une thérapie de renforcement musculaire pendant 6 mois, qui devrait ensuite être poursuivie à long terme à l'initiative de la patiente. Notre appréciation concorde donc avec celle du Centre Multidisciplinaire de la douleur du 09.01.2004.

La contusion de l'épaule gauche est guérie sans séquelles.

Une névralgie du trijumeau préexistante a été diagnostiquée en 1985 et traitée par médicaments jusqu'en 1996. Suite à une aggravation des troubles, il a été procédé à une opération de décompression qui a permis d'atténuer les symptômes jusqu'en 1997. Un traitement médicamenteux ad hoc a permis de contrôler la situation jusqu'en 1999, lorsqu'un premier accident de voiture léger, qui n'est jusqu'à présent pas documenté, a aggravé les symptômes. Aucune intervention n'a été nécessaire jusqu'au deuxième accident de voiture, le 10.01.2000. L'accident avec contusion de la tête au niveau de la tempe gauche a fortement accentué les douleurs, à la suite de quoi le Prof. [...] a effectué le 07.05.2002 une thermocoagulation des branches V2 et V3 du trijumeau dans les règles de l'art. Suite à l'accident, la névralgie du trijumeau s'est clairement aggravée et a nécessité un nouveau traitement. Il n'est pas possible d'émettre un avis sur le status quo sine ou ante, étant donné que l'opération apporte une solution définitive. La patiente ne souffre d'aucune restriction, à l'exception des

hypoesthésies de la moitié gauche du visage ressenties comme dérangeantes.

Capacité de travail

D'un point de vue somatique rhumatologique et interniste, il existe une restriction de la capacité de travail inhérente au syndrome douloureux lombospondylogène. Une activité légère avec port de charge jusqu'à 7 kg, non répétitive, plus de quatre fois par heure est théoriquement possible à 80 %. La réduction de 20 % résulte du rythme de travail réduit et du besoin accru de faire des pauses. Il faut également veiller à une variation de la position (debout, marcher, assis), éventuellement à l'aide d'un pupitre à station debout. Les positions forcées de l'ensemble de la colonne vertébrale doivent être évitées, en particulier la réclinaison et l'inclinaison.

En raison de la persistance des troubles, l'assurée a interrompu son activité professionnelle dès janvier 2002 et a déposé une demande de reclassement ou de rente auprès de l'assurance-invalidité. L'humeur dépressive n'a pas d'impact sur la capacité de travail. Au contraire, une occupation adéquate lui permettrait probablement de se sentir à nouveau valorisée. D'un point de vue purement psychiatrique, il n'existe pas de restriction importante de la capacité de travail. L'appréciation des déficits cognitifs et de leur impact sur la capacité de travail doit être effectuée de manière interdisciplinaire.

Catalogue des questions :

A (Questions du tribunal)

5. Lien avec l'accident pour les diagnostics

Traumatisme craniocérébral léger : certain

Traumatisme par distorsion de la colonne cervicale : certain

Lombosciatique : très vraisemblable (version originale allemande : überwiegend wahrscheinlich)

Contusion de l'épaule : certain

Hémisyndrome sensomoteur d'étiologie obscure : possible (version originale allemande : Unklar)

Récidive d'une névralgie du trijumeau : possible

6. Lien avec l'accident pour les troubles

Cervicalgies : vraisemblable

Lombosciatique : vraisemblable (version originale allemande :

Lumboischialgie : Wenig wahrscheinlich

Lumbospondylogenes Syndrom : Wahrscheinlich)

Troubles de la mémoire et de la concentration : très vraisemblable (version originale allemande : wahrscheinlich)

Handicap par hémisyndrome sensomoteur : possible (version originale allemande : Unklar)

7. Facteurs étrangers à l'accident

a) Modifications dégénératives de la colonne vertébrale lombaire, kyste méningé S2 préexistant

b) Env. 80 % dus à l'accident et 20 % de facteurs étrangers à l'accident.

8. Incapacité de travail post-traumatique

A la suite d'une cervicalgie chronique modérée, mais aussi, et surtout, de douleurs lombovertébrales et lombospondylogènes, incapacité d'environ 20 % pour le poste original d'aide soignante hospitalière concernant les tâches légères, comme décrit au point "Capacité de travail" (voir plus haut). Incapacité de travail de 100 % depuis l'accident pour les tâches moyennement lourdes et lourdes. En raison des cervicalgies et lombalgies seules, une activité ménageant le dos avec la possibilité de changer de position serait possible à 80 % environ dès 2002.

Le trouble neuropsychologique de gravité moyenne dans le cadre du MTBI se manifeste par des performances réduites au niveau de la mémoire épisodique, des fonctions exécutives et de l'attention. Par rapport à la profession d'origine, une réduction de la capacité de travail de 50 % peut être attestée.

9. (Question : Des mesures médicales sont-elles de nature à permettre à la recourante d'exercer une activité lucrative?)

Non pertinent.

B (Questions de la recourante)

1. Capacité de travail sans l'accident de janvier 2000

Poursuite de l'activité d'aide soignante à l'hôpital : éventuellement dans le cadre d'une activité adaptée.

2. Etat antérieur qui joue un rôle pour l'invalidité :

Le déficit neuropsychologique et l'évolution psychosociale défavorable sont apparus pour la première fois après l'accident et n'étaient pas préexistants. La névralgie du trijumeau et le kyste méningé de la racine S2 gauche sont préexistants. La névralgie du trijumeau n'a pas eu d'impact sur la capacité de travail. Le kyste méningé était asymptomatique avant l'accident. La patiente ne souffrait pas non plus de cervicalgies avant ce dernier. Il n'est pas possible d'indiquer en pourcentage dans quelle mesure les

dégénérescences de la colonne cervicale auraient conduit à des troubles sans survenance de l'accident. La patiente ne souffrait pas de cervicalgies avant l'accident. Les dégénérescences avancées de la colonne vertébrale lombaire sont préexistantes. Elles sont à considérer comme status quo sine dans le cadre de votre prise de décision.

4. Pronostic

Concernant l'activité d'aide soignante à l'hôpital dans une fonction identique, il est exclu que la patiente retrouve sa capacité de travail. A près plus de 9 ans, on ne peut plus s'attendre à une amélioration des troubles liés à l'accident. Une activité adaptée devrait être possible moyennant la prise en considération de tous les facteurs.

5. Propositions thérapeutiques

6. Mesures médicales

Un entraînement régulier est nécessaire à la stabilisation ou à la réduction de l'insuffisance posturale au niveau de l'ensemble du squelette axial et de la musculature périphérique. Les mesures de stabilisation du tronc et l'apprentissage d'exercices abaissant le tonus musculaire sont les plus adaptés pour maintenir la fonction et réduire les douleurs. Ils permettent de contrecarrer des symptômes de surcharge et influent positivement sur la connaissance de son corps et sur la mécanique de ce dernier. Des mesures d'infiltration, comme des blocages Median Branch, etc., devraient être envisagées par un spécialiste en cas de persistance des douleurs dorsales inférieures avec rayonnement spondylogène. Pour ce qui est du diagnostic différentiel, une douleur discopathique est également à envisager au vu de la dégénérescence segmentaire lombaire avec pseudospondylolisthésis croissante.

Actuellement, la patiente suit une fois par semaine une psychothérapie et fait également une fois par semaine de la musculation/de la remise en forme en présence d'un physiothérapeute. Elle s'entraîne en outre régulièrement à domicile. Ces dernières années, elle a suivi de manière répétée des séances de physiothérapie, des programmes de remise en forme et des séances de massage, mais n'a jamais entrepris de séjour de réadaptation.

D'après l'évaluation psychologique et neuropsychologique, la situation a fortement changé à partir de 2002 environ, ce qui a conduit à une incapacité de travail, imputable cependant à l'apparition d'une maladie

concomitante. Aucune restriction durable de la capacité de travail n'a été attestée sur le plan rhumatologique.

C. (Questions de l'intimée)

(1.) Atteinte à l'intégrité

Cervicalgie chronique : 0-5 %

Syndrome lombospondylogène chronique : 10-20 %

Trouble neuropsychologique fonctionnel : 50 % (version originale allemande : Nicht beurteilbar)

Etat de stress post-traumatique et réaction dépressive persistante : 25 % au total (version originale allemande : Gesamt 10 %)

2.

Il ne faut plus s'attendre à une modification des troubles liés à l'accident. L'évolution de l'hémisyndrome sensomoteur, qui à notre avis n'est qu'éventuellement lié à l'accident, ne peut être évaluée avec certitude. D'après les documents, il n'y a pas eu d'aggravation fondamentale des symptômes depuis leur apparition en 2003.

3. *(Question : le taux actuel de l'atteinte est-il influencé par les séquelles d'un accident ou d'une affection antérieure ou intercurrente, et si oui dans quelle mesure exprimée en pour-cent ?)*

Non."

L. Par acte du 21 décembre 2009, l'assurée a pris position sur l'expertise de l'hôpital de Bâle en maintenant l'intégralité de ses conclusions. Elle conteste toutefois l'appréciation de la capacité de travail par les experts, estimant qu'il y a de nombreuses contradictions.

M. Le 7 mars 2002, Z._____ a déposé une demande de prestations AI. Par décision du 11 février 2004, l'office de l'AI pour le canton de Vaud lui a reconnu une invalidité de 100% et accordé une rente entière dès le 1^{er} janvier 2003.

E n d r o i t :

1. a) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV

173.36, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2009), applicable aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administratives à l'entrée en vigueur de la présente loi sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est donc compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) La décision attaquée a été rendue le 3 décembre 2007. Selon le droit en vigueur à ce moment-là, le délai de recours était de trois mois (art. 106 LAA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007, RO 2002 3429). Au 1^{er} janvier 2007, l'art. 106 LAA a été abrogé dans le cadre de la réforme de la justice fédérale de sorte que le délai de recours de 30 jours de l'art. 60 LPGA est devenu applicable. Aucune disposition transitoire spécifique ne règle les effets de cette modification. Selon la jurisprudence, le délai de trois mois de l'art. 106 LAA restait toutefois applicable aux décisions rendues avant le 1^{er} janvier 2007 (TF 8C_236/2007 du 23 janvier 2008 c. 3.2). Le recours a donc été déposé dans les délais. Les autres conditions de forme étant remplies, le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 décembre 2003, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles existant au-delà de celle date et l'accident du 10 janvier 2000.

3. 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 c. 3.1, 402 c. 4.3.1; 119V 335 c. 1; 118V 286 c. 1b et les références citées). 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 c. 2b/bb; RAMA 1999 n. U 341 p. 408 sv., c. 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 c. 3.1; 402 c. 4.3.1; Fresard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} 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 c. 3.1; 402 c. 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*; TF U 61/91 du 18 décembre

1991 [RAMA 1992 n. U 142 p. 75 c. 4b]; Fresard/Moser-Szeless, op. cit., n. 80, p. 865).

4. a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. En principe, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 c. 3b/aa et les références citées). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux 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 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 de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 251 c. 3a et les références citées; RAMA 2000, KV 124 p. 214).

b) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; ATF 119 V 9 et les références citées).

c) La recourante conteste l'évaluation par les experts de sa capacité de travail au motif qu'il y aurait de nombreuses contradictions entre l'appréciation globale et celles des rapports individuels des experts, en ce qui concerne les conséquences de l'hémisyndrome et des atteintes neuropsychologiques. Ce faisant, elle conteste la valeur probante de l'expertise judiciaire. Or, comme cela sera examiné, tant l'hémisyndrome que les atteintes neuropsychologiques ne sont pas dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 10 janvier 2000, de sorte que l'appréciation des experts sur les effets de ces atteintes sur la capacité de travail de la recourante est sans portée sur l'issue du présent litige. Les critiques de la recourante ne justifient pas de mettre en cause la pleine valeur probante de l'expertise judiciaire, qui remplit par ailleurs toutes les conditions posées par la jurisprudence.

5. a) Selon la décision attaquée, les cervicalgies et le syndrome lombo-vertébral sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 10 janvier 2000. En revanche, ni la névralgie du trijumeau, ni les troubles sensitivo-moteurs de l'hémicorps gauche, ni les troubles neuropsychologiques sont dans un rapport de causalité avec l'accident assuré. La recourante considère pour sa part que seules les névralgies faciales ne sont pas la conséquence de cet accident.

b) Selon l'expertise judiciaire, le lien de causalité entre l'accident assuré et la névralgie du trijumeau et ses séquelles

(hypoesthésie résiduelle des branches V2 et V3 du trijumeau gauche) est de l'ordre du possible, dès lors que la névralgie du trijumeau s'est clairement aggravée et a nécessité un nouveau traitement suite à l'accident avec contusion de la tête au niveau de la tempe gauche. Cet avis est partagé par le Dr [...]. En revanche, tant les experts du CMD que le Dr [...] excluent tout lien de causalité avec l'accident. Seul le Dr [...] a soutenu que le lien de causalité était certain.

Comme la manifestation de symptômes douloureux après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident et qu'une causalité simplement possible ne suffit pas au regard de l'exigence d'une vraisemblance prépondérante, un rapport de causalité naturelle entre l'accident assuré et la névralgie du trijumeau et ses séquelles n'est pas prouvé. L'avis contraire du Dr B._____ qui ne repose sur aucune argumentation substantielle ne suffit pas pour aboutir à une solution différente, ce que la recourante reconnaît par ailleurs.

c) S'agissant des troubles lombaires, le rapport des experts judiciaires se prononce de manière différenciée sur leur lien de causalité. Il distingue en effet entre le diagnostic de lombosciatique, qui est considéré être dans un rapport de causalité très vraisemblable avec l'accident du 10 janvier 2000, et, d'autre part, les troubles lombaires lors de l'expertise qui sont subdivisés en deux catégories : les lombosciatiques, dont le rapport de causalité avec l'accident assuré n'est qualifié que de peu vraisemblable, et le syndrome lombospondylogène, dont le rapport de causalité avec l'accident assuré est qualifié, lui, de vraisemblable. L'expertise relève que les lombosciatiques ont aussi une origine malade, étant liées à des modifications dégénératives (discopathie) de la colonne vertébrale lombaire et à un kyste méningé S2 préexistant. Les dégénérescences avancées de la colonne vertébrale lombaire sont préexistantes à l'accident : la discopathie dégénérative grave avec perte de l'espace intervertébral et modifications arthrosiques a déjà été constatée par imagerie en mai 2000, alors qu'elle ne peut que difficilement apparaître dans cette ampleur en l'espace de quatre mois

depuis l'accident du 10 janvier 2000. Les symptômes associés aux dégénérescences (déséquilibre musculaire, douleurs rayonnantes aux fesses et insuffisance posturale) sont des modifications dégénératives et ne sont pas directement imputables à l'accident, bien qu'on ait pu constater, suite à l'accident, une détérioration claire chez la recourante, qui était asymptomatique auparavant. En revanche, les symptômes douloureux déclenchés par le kyste arachnoïdien sont, selon les experts judiciaires, très probablement imputables à l'accident. Ils prennent la forme non pas d'une lésion traumatique, mais d'un grossissement du kyste par réaction ou d'une dislocation avec compression de la racine nerveuse S1 gauche. De l'avis des experts, un lien peut être indirectement établi entre le segment opéré le 19 juin 2000 et les douleurs musculaires aux fesses qui sont apparues plus fréquemment quelques mois plus tard.

Un rapport de causalité naturelle entre l'accident assuré et les troubles lombaires a été attesté pour la période antérieure à l'opération du 19 juin 2000 par le Dr [...] (rapports des 17 avril et 11 juin 2000), par le Dr [...] (rapport du 22 mai 2000) et par le Dr [...] (rapport d'opération). Selon le rapport du Dr [...] du 18 décembre 2000, il y avait intrication de lésion congénitale (kyste préexistant) et événement accidentel (décompensation d'une situation préalablement asymptomatique). Selon le Dr [...], le lien de causalité est de 50 % pour une période antérieure à janvier 2002 et de 10 % pour la période postérieure. Selon l'expertise privée du Dr [...] de juin 2005, le rapport de causalité est seulement possible. Quant aux experts du CMD, ils excluent tout lien de causalité entre la "*symptomatologie actuelle*" en mai 2004 et l'accident assuré.

En conclusion il appert que, en raison de la décompensation du kyste, un lien de causalité naturelle existe entre l'accident du 10 janvier 2000 et les troubles lombaires jusqu'à l'opération du 19 juin 2000. S'agissant des troubles lombaires ultérieurs, on peut admettre avec les experts judiciaires que le lien de causalité naturelle entre le syndrome douloureux lombospondylogène et l'accident n'a pas été rompu par les dégénérescences lombaires préexistant à l'accident. En revanche, pour les lombosciatiques, les facteurs maladifs doivent être considérés comme

prépondérants lors de l'expertise judiciaire, de sorte que ces troubles ne sont plus en relation de causalité naturelle avec l'accident du 10 janvier 2000. L'expertise judiciaire ne détermine pas un moment à partir duquel les facteurs maladifs deviennent prépondérants. Dans la mesure toutefois où elle déclare confirmer sur ce point les constatations de l'expertise du CMD, il faut considérer qu'en tout cas dès 2004 les facteurs maladifs étaient prépondérants.

d) S'agissant des cervicalgies, les experts judiciaires considèrent que l'accident assuré a causé avec certitude un traumatisme par distorsion de la colonne cervicale. Ils qualifient de vraisemblable le lien de causalité entre les cervicalgies et l'accident assuré. Ce lien de causalité naturelle a été admis par les experts du CMD et le Dr [...]. Il a été considéré comme probable par le Dr [...]. Même s'il existe aussi des dégénérescences de la colonne cervicale qui sont préexistantes, il n'est pas possible selon les experts judiciaires d'indiquer en pourcentage dans quelle mesure les dégénérescences de la colonne cervicale auraient conduit à des troubles sans survenance de l'accident. Ces dégénérescences ne rompent donc pas le lien de causalité naturelle entre l'accident assuré et les cervicalgies qui sont apparues très rapidement après l'accident.

e) En ce qui concerne l'hémisyndrome sensitivo-moteur, les experts judiciaires ont qualifié de simplement possible le lien de causalité avec l'accident en raison de son étiologie inconnue. Contrairement aux experts du CMD, les experts judiciaires ont exclu que cet hémisyndrome soit dû à une dégénérescence corticobasale à cause de l'absence de baisse continue des capacités cognitives. L'expert rhumatologue et interniste, le Dr [...], a relevé que la perte de force apparaissait simulée, car la force mesurée lors de l'examen clinique devrait avoir des répercussions au quotidien sous forme d'une incapacité de se tenir debout et de marcher; à son avis, il convient d'envisager une superposition psychiatrique liée à un état de stress post-traumatique. Cette évaluation est reprise dans l'évaluation globale avec l'adjonction qu'aucun signe d'une simulation n'est reconnaissable. L'expert psychiatre, le Prof. Dr [...],

a énoncé la suspicion d'un psychosyndrome organique après traumatisme craniocérébral (F 07.2, rapport, p. 32), donc consécutif à l'accident assuré.

aa) L'expert psychiatre a énoncé le diagnostic de psychosyndrome organique après traumatisme craniocérébral uniquement à titre de suspicion. Le psychosyndrome n'est pas formellement attesté par l'expert psychiatre. Il apparaît seulement comme une éventualité justifiée par la présence partielle de ses symptômes dans l'observation clinique. Dans cette mesure, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre le psychosyndrome et l'accident n'apparaît pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante, généralement appliquée en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 126 V 353 c. 5b, 125 V 193 c. 2 et les références citées; cf. ATF 130 III 321 c. 3.2 et 3.3).

bb) Aucune autre atteinte psychique n'a été considérée par les experts judiciaires ni par d'autres médecins ayant examiné la recourante comme susceptible de causer l'hémisyndrome. Certes, l'expert judiciaire rhumatologue a envisagé une superposition psychiatrique liée à un état de stress post-traumatique. L'expert psychiatre, le Prof. Dr [...], n'a toutefois lié à l'état de stress post-traumatique que d'autres symptômes.

La recourante soutient que l'expertise est incomplète, car l'expert psychiatre aurait dû examiner aussi l'hypothèse d'un trouble dissociatif comme cause de l'hémisyndrome. Ce diagnostic n'a toutefois été établi par aucun des nombreux médecins neurologues et psychiatres qui ont examiné la recourante. On peut donc admettre sans compléter l'instruction sur ce point (appréciation anticipée des nouvelles preuves offertes) que les conditions du diagnostic de trouble dissociatif ne sont pas remplies.

cc) Il découle de ce qui précède que l'hémisyndrome ne peut pas être rattaché à un trouble psychique qui serait dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré. En l'absence d'une étiologie connue, il ne peut pas non plus être considéré comme étant lui-même dans un rapport de causalité naturelle avec l'événement du 10 janvier

2000. L'avis contraire du Dr [...], qui repose uniquement sur l'inexistence des symptômes avant l'accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*"), ne justifie pas une conclusion différente.

e) La recourante souffre d'un trouble neuropsychologique de gravité moyenne qui s'exprime par des troubles de la mémoire et de la concentration. Selon l'appréciation globale des experts judiciaires, ces troubles sont très vraisemblablement la conséquence de l'accident du 10 janvier 2000, plus précisément la conséquence d'un traumatisme cérébral léger subi à cette occasion. Selon le Dr [...], le rapport entre les troubles neuropsychologiques et l'accident est quasiment certain. En revanche l'expertise du CMD considérait que ces atteintes avaient une cause malade, les liant à la dégénérescence corticobasale que le CMD diagnostiquait. Dans la mesure où ce diagnostic de dégénérescence corticobasale a été nié avec des arguments convaincants par les experts judiciaires, il n'y a pas lieu de s'écarter de leur appréciation, de sorte qu'il faut admettre qu'un lien de causalité naturelle existe entre l'accident assuré et les troubles de la mémoire et de la concentration.

f) Selon les experts de l'hôpital de Bâle, la recourante souffre également d'un état de stress post-traumatique et d'une réaction dépressive persistante avec problématique latente d'infériorité. Selon le Prof. Dr [...], les symptômes de l'état de stress post-traumatique subsistent bien qu'ils soient atténués. De même, à son avis, le trouble dépressif n'est pas marqué. Quant à la problématique d'infériorité, si elle est préexistante à l'accident, elle a été fortement accentuée par le handicap physique, ce qui, par voie de conséquence a aussi accru la dépressivité. Le rapport d'expertise ne se prononce pas expressément sur le lien de causalité entre ces troubles et l'accident assuré, mais on peut déduire du fait que ces troubles sont mentionnés comme bases d'une atteinte à l'intégrité que les experts judiciaires considèrent que ces troubles sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré.

L'existence d'un état de stress post-traumatique est confirmée par le Dr [...]. Ni ce diagnostic ni celui de dépression ne sont en revanche retenus par les experts du CMD ou par le Dr [...].

S'il n'y a pas lieu de s'écarter de l'évaluation des experts judiciaires en ce qui concerne l'état de stress post-traumatique, il n'en va pas de même en ce qui concerne la réaction dépressive persistante. Celle-ci est en effet liée à la problématique d'infériorité et au handicap physique. La problématique d'infériorité est préalable à l'accident puisque, selon le Prof. Dr [...], elle influença déjà le mariage de la recourante. Quant au handicap physique, la cour de céans a relevé que ni le principal facteur de handicap, le hémisyndrome sensitivomoteur, ni les séquelles de la névralgie du trijumeau gauche ne sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré. Comme il ne ressort pas de l'expertise judiciaire que les cervicalgies et les troubles lombaires ont contribué de manière décisive au développement de la dépression, il faut en déduire que la réaction dépressive persistante n'est pas dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré.

g) En conclusion, seuls les troubles lombaires, les cervicalgies, les troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que l'état de stress post-traumatique sont dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 10 janvier 2000.

6. 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 c. 3.2, 402 c. 2.2; 125 V 456 c. 5a et les références citées).

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 c. 5b/bb et les références citées).

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 c. 6; 115 V 133 c. 6). 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 c. 6c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type "*coup du lapin*" à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 c. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n. 23 p. 67 c. 2) ou d'un traumatisme cranio-cérébral (ATF 117 V 369 c. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question cf. ATF 127 V 102 c. 5b/bb et SVR 2007 UV n. 8 p. 27 c. 2 ss, U 277/04 et les références citées).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type "*coup du lapin*", de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (RAMA 2001 n. U 412 p. 79 c. 2b [96/00]; cf. également ATF 134 V 109 c. 9.5; TF 8C_957/2008 du

1^{er} mai 2009 c. 4.2; TF 8C_12412007 du 20 mai 2008 c. 3.2; TF 8C_591/2007 du 14 mai 2008 c. 3.1).

7. **a)** L'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident assuré et les troubles lombaires ainsi que les cervicalgies a été admis par la décision attaquée. Il n'y a pas lieu de contester cette appréciation. Reste à examiner s'il en va de même pour les atteintes psychiques (troubles de la mémoire et de la concentration, stress post traumatique).

b) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé, en l'espèce un épisode dépressif, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif sur l'événement accidentel lui-même.

Selon l'expertise judiciaire, l'impact sur la voiture presque arrêtée de la recourante lors de l'accident peut être estimé avoir eu lieu à une vitesse de 50 à 70 km/h. Cela constitue un accident de gravité moyenne — et non un accident de gravité mineure comme retenu par l'expertise du CMD — mais, contrairement à ce que la recourante soutient, cela n'atteint pas la catégorie des accidents à la limite des accidents graves (TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 c. 4.1 et les références citées).

Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 109), il convient dans un tel cas, de se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement

appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci.

c) Selon l'expertise de l'Hôpital de Bâle, l'accident a causé à la recourante un traumatisme crânio-cérébral ainsi qu'une distorsion cervicale. Cette évaluation est confirmée par le Dr [...] et par le CMD.

En présence d'une distorsion du rachis cervical, il faut examiner si les troubles psychiques 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 c. 5.3; RAMA 2001 n. U 412 p. 79). En l'espèce, le stress post-traumatique peut être qualifié de symptôme du traumatisme crânio-cérébral.

Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type "*coup du lapin*", d'un traumatisme analogue ou d'un 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; 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 c. 2a; RAMA 2002 n. U 465 p. 439 c. 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 constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n. U 412 p. 79 c. 2b [U 96/00]; cf.

également ATF 134 V 109 c. 9.5; TF 8C_12412007 du 20 mai 2008 c. 3.2; TF 8C_591/2007 du 14 mai 2008 c. 3.1).

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, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 c. 10.3). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible;
- l'intensité des douleurs;
- 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;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme cranio-cérébral, 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 367 c. 6a; RAMA 1999 U 341 p. 408 c. 3b).

En l'espèce, la recourante a fait valoir plusieurs symptômes qui appartiennent au tableau clinique typique des séquelles d'un traumatisme cranio-cérébral, tel que le choc latéral subi par l'assurée est susceptible d'avoir causé (TFA U 361/05 du 16 août 2006 c. 3.1) : douleurs cervicales, nausées, fatigabilité, troubles de la mémoire et de la

concentration. Dans la mesure où l'état dépressif persistant n'est pas particulièrement marqué, les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique.

d) La recourante soutient remplir au moins les critères du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, de la gravité des lésions, de l'erreur dans le traitement médical et de l'importance de l'incapacité de travail.

aa) Le fait que la recourante ait vu venir contre elle le véhicule fautif qui, en dérapant à quelque 70 km/h, est venu emboutir le flanc gauche de son propre véhicule ne confère pas un caractère particulièrement impressionnant à l'accident (cf. TF 8C_767/2009 du 3 août 2010, qui a dénié un caractère impressionnant à un accident dans lequel un véhicule roulant en sens inverse à une vitesse de 90 km/h a dévié au centre de la chaussée, franchi la ligne de sécurité et heurté le flanc gauche de la voiture; celle-ci a été projetée contre la glissière de sécurité qu'elle a heurtée de son arrière droit, avant de finir sa course de l'autre côté de la chaussée). La présence de deux enfants dans la voiture (dont la fille de la recourante) ne suffit pas pour donner un caractère particulièrement impressionnant à l'accident. Le critère n'est donc pas rempli.

bb) S'agissant du critère des lésions particulièrement graves, un traumatisme crânio-cérébral ne suffit pas à lui-seul. Il faut encore que le traumatisme ait une gravité particulière ou que des circonstances particulières influencent la symptomatologie (TF U 339/06 c. 5.3; TF U 380/04 c. 5.2.3). Il peut s'agir d'une position particulière lors de l'accident avec les complications qui en résultent (TF U 339/06 c. 5.3; TF U 193/01 c. 4.3). De même des blessures importantes parallèlement au traumatisme crânio-cérébral peuvent être significatives (ATF 134 V 109 c. 10.2.2).

Aucune des lésions physiques en relation de causalité naturelle avec l'accident assuré ne peut être qualifiée de lésion d'une gravité

particulière au sens de la jurisprudence. Ainsi en va-t-il en particulier de la décompensation du kyste traité en juin 2000.

L'expertise judiciaire a certes maintenu la suspicion de fracture de la vertèbre L3 et relevé qu'un éclaircissement spécifique relatif à cette suspicion de fracture n'a été demandé à l'époque alors que la possibilité d'une fracture est le signe d'un traumatisme plus puissant sur le plan énergétique, lors duquel d'autres structures peuvent également avoir subi des lésions qui ne sont pas visibles par imagerie conventionnelle. L'expertise judiciaire n'a toutefois confirmé ni la présence d'une fracture ni celle d'autres lésions. Une suspicion ne suffit pas pour remplir le critère des lésions particulièrement graves. Le critère n'est donc pas rempli.

cc) L'incapacité de travail a d'abord duré dix mois jusqu'au 22 octobre 2000. Il y a eu à nouveau une incapacité totale de travail dès le 8 janvier 2002. Dans un premier temps, cette nouvelle incapacité de travail a été motivée par la recrudescence de la névralgie du trijumeau, dont les douleurs disparaissent en mai 2002 suite à la thermocoagulation de la branche V2 et V3. A partir de mai 2002, l'incapacité de travail a été à nouveau due à des troubles en rapport de causalité naturelle avec l'accident, à savoir d'abord à des lombalgies aiguës auxquelles s'est ajoutée, à partir de janvier 2003, une atteinte globale des fonctions cognitives avec au premier plan des troubles mnésiques sévères antérogrades et rétrogrades (rapport [...]). L'expertise du Dr [...] de novembre 2002 reconnaissait à la recourante une incapacité totale de travail dans sa profession d'aide-soignante. Seule l'expertise du CMD a nié toute incapacité de travail à la recourante en relation avec l'accident. Dans la mesure où l'expertise judiciaire a reconnu à l'intéressée une incapacité de travail de 100 % pour les tâches moyennement lourdes et lourdes en raison des cervicalgies et des lombalgies et une incapacité de travail de 20 % pour les tâches légères (indépendamment d'une réduction de 50 % de la capacité de travail dans la profession d'origine en raison du trouble neuropsychologique de gravité moyenne, c'est-à-dire les troubles de mémoire et de concentration), l'incapacité de travail dans la profession

d'aide-soignante doit être considérée comme en grande partie due à des atteintes à la santé dans un rapport de causalité avec l'accident du 10 janvier 2000. Eu égard à la reprise du travail entre octobre 2000 et janvier 2002, le critère d'une longue incapacité de travail malgré des efforts reconnaissables est rempli.

dd) Selon la jurisprudence, les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ne doivent pas être réalisées cumulativement. La simple durée du traitement médical et des doutes ne suffit pas. Il faut des facteurs particuliers qui ont fait obstacle au processus de guérison (TF U 56/07 du 25 janvier 2008 c. 6.6 et les références citées). Les atteintes psychiques qui font partie du tableau clinique typique d'un traumatisme tel qu'une distorsion du rachis cervical (en particulier le trouble chronique post-traumatique de l'adaptation de type anxio-dépressif diagnostiqué par la clinique de Zurzach) ne constituent pas des difficultés apparues en cours de guérison (TF 8C_49112007 du 28 décembre 2007 c. 4.2.5 et les références citées). Le développement d'un hémisyndrome sensitivomoteur doit en revanche être considéré comme une complication importante qui a considérablement compliqué le processus de guérison. Le critère est donc rempli.

ee) Contrairement à ce que la recourante soutient, il ne ressort pas de l'expertise judiciaire que l'absence d'éclaircissement spécifique relatif à la suspicion de fracture de vertèbre — indépendamment de sa qualification éventuelle comme erreur dans le traitement médical — aurait entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident du 10 janvier 2000. Le critère n'est donc pas rempli.

ff) Selon la jurisprudence, le critère des douleurs importantes requiert non seulement que l'assurée ait subi des douleurs qui, de manière plausible, la gênent considérablement dans la vie quotidienne mais aussi que ces douleurs aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas (ATF 134 V 109 c. 10.2.4).

La recourante a souffert initialement des douleurs intenses en relation avec le kyste opéré en juin 2000. Ces douleurs ont disparu après cette opération. En décembre 2001, elle a souffert à nouveau de douleurs violentes dans la région inférieure de la cicatrice latéralisée à gauche qui irradient dans le haut de la fesse; le Dr [...] avait l'impression qu'il s'agissait d'une douleur essentiellement musculaire. Par la suite, les douleurs dont la recourante souffrait étaient liées aux cervicalgies et lombalgies. Lors de l'expertise du Dr [...] en novembre 2002, la recourante se plaignait de la persistance occasionnelle de cervicalgies ainsi que de douleurs lombaires exacerbées lors d'activités physiques lourdes. Selon l'expertise du CMD, les suites du traitement lombaire de juin 2000 étaient caractérisées *“par une amélioration de son tableau avec toutefois la persistance de rares phénomènes douloureux, relativement peu handicapants”*. Selon l'expertise judiciaire :

“Depuis [l'opération du kyste de juin 2000], persistance des douleurs dans les jambes, en particulier dans la face dorsale au niveau de la plante du pied ainsi que du gros orteil. La force pour monter les escaliers est réduite. La sensibilité est réduite de manière intermittente dans l'ensemble de la moitié gauche du corps et touche également la jambe. Quasiment pas de douleurs dorsales, celles-ci apparaissant toutefois après que la patiente est restée longtemps en position assise.”

Au moins à partir de novembre 2002, des douleurs intenses ne sont plus attestées qu'en relation avec des activités physiques lourdes. D'ailleurs, selon l'expertise judiciaire, la recourante peut s'occuper de son ménage sans aide ménagère et effectuer elle-même les achats jusqu'à 5 kg tandis que la lessive est effectuée avec l'aide des enfants. Le seuil requis d'une gêne considérable dans la vie quotidienne en raison des douleurs jusqu'à la clôture du cas n'est ainsi pas atteint. Le critère de l'intensité des douleurs n'est donc pas rempli.

gg) En conclusion, seuls deux critères sont remplis, à savoir ceux de la longue incapacité de travail et de la complication importante. Or, pour un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents de peu de gravité ni à celle des accidents graves, il faut que

trois critères soient remplis (TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 c. 4.5). Il en découle que les atteintes psychiques (troubles de la mémoire et de la concentration, stress post-traumatique) ne sont pas dans un rapport de causalité adéquate avec l'accident du 10 janvier 2010.

8. Au vu de ce qui précède, seules les cervicalgies, le syndrome douloureux lombospondylogène et, avant 2004, les lombosciatiques sont dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré.

9. a) La décision attaquée a mis un terme aux indemnités journalières au 22 octobre 2000 (fin de la période d'incapacité de travail initiale).

b) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, 1^{ère} phrase, LPGGA).

Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage; cf. ATF 129 V 460 c. 4.2; 114 V 281 c. 1d). En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de l'assuré peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6, 2^{ème} phrase, LPGGA). Si une activité de substitution est exigible, un laps de temps suffisant compris entre trois et cinq mois doit

alors être imparti à l'assuré pour lui permettre de retrouver un emploi adapté à son état de santé (SJ 2000 II p. 440 c. 2b). A l'issue de ce délai, le droit à l'indemnité journalière dépend de l'existence d'une perte de gain éventuelle imputable au risque assuré. Celle-ci se détermine par la différence entre le revenu qui pourrait être obtenu sans la survenance de l'éventualité assurée dans la profession exercée jusqu'ici et le revenu qui est obtenu ou pourrait raisonnablement être réalisé dans la nouvelle profession (ATF 114 V 281 c. 3c). La perte de gain chiffrée en pour cent donne ainsi le taux de l'incapacité de travail résiduelle (TF 8C_861/2008 du 7 juillet 2009 c. 3).

c) Si la recourante a repris entièrement son activité lucrative comme aide-soignante en date du 23 octobre 2000, elle a été à nouveau en incapacité totale de travail dès le 8 janvier 2002. Selon les certificats médicaux du Dr [...] des 10, 21 et 30 janvier 2002, l'incapacité de travail est due à la maladie. Selon les rapports médicaux du Dr [...] du 15 mars 2002 et du Dr [...] du 17 avril 2002, le seul diagnostic subsistant est la névralgie du trijumeau, soit une atteinte à la santé sans lien de causalité avec l'accident assuré. Cette névralgie a été traitée par thermocoagulation le 5 mai 2002, ensuite de quoi les douleurs névralgiques ont disparu. Ce n'est qu'à partir de mai 2002 qu'une recrudescence des lombalgies est attestée, même si l'expertise du Dr [...] relève qu'après une nette régression suite à l'opération de juin 2000 les lombo-sciatalgies *"vont néanmoins persister au port de charges et à l'activité physique lourde de telle sorte (que l'assurée) finira par interrompre son activité professionnelle en janvier 2002, cette dernière entraînant régulièrement une aggravation des douleurs malgré un traitement d'AINS (= anti-inflammatoires) et de physiothérapie"*. Selon l'expertise du Dr [...] de novembre 2002, l'incapacité de travail est entière et vraisemblablement définitive dans la fonction d'aide-soignante étant donné l'engagement physique lourd que comporte une telle activité. Quant à l'expertise judiciaire, elle a reconnu à la recourante une incapacité de travail de 100 % pour les tâches moyennement lourdes et lourdes en raison des cervicalgies et des lombalgies, plus précisément du syndrome douloureux lombospondylogène :

"D'un point de vue somatique rhumatologique et interniste, il existe une restriction de la capacité de travail inhérente au syndrome douloureux lombospondylogène. Une activité légère avec port de charge jusqu'à 7 kg non répétitive plus de quatre fois par heure est possible à 80 %. La réduction de 20 % résulte du rythme de travail réduit et du besoin accru de faire des pauses. Il faut également veiller à une variation de la position (debout, marcher, assis), éventuellement à l'aide d'un pupitre à station debout. Les positions forcées de l'ensemble de la colonne vertébrale doivent être évitées, en particulier la réclinaison et l'inclinaison."

L'appréciation différente de la capacité de travail de la recourante par le CMD — appréciation sur laquelle la décision attaquée s'est fondée — n'est pas déterminante, car elle repose sur la négation de tout rapport de causalité entre l'accident et les troubles lombaires en 2004.

Comme l'incapacité totale de travail pour les tâches moyennement lourdes et lourdes est liée à des troubles qui sont dans un rapport de causalité avec l'accident assuré (syndrome douloureux spondylogène, lombosciatiques et cervicalgies), elle ouvre à nouveau le droit à des prestations de l'assurance-accident. C'est donc à tort que la décision attaquée a nié tout droit à des indemnités journalières de l'assurance-accident pour l'incapacité de travail due aux troubles lombaires après l'opération du trijumeau le 5 mai 2002.

10. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA).

En l'espèce, les seules restrictions de la capacité de travail de la recourante dans son ancienne profession d'aide-soignante qui sont dans un lien de causalité avec l'accident du 10 janvier 2000 sont l'exclusion des tâches moyennement lourdes et lourdes, la limitation à une activité légère avec port de charge jusqu'à 7 kg, non répétitive, plus de quatre fois par heure et la limitation à un taux d'activité de 60 %. Il appartiendra à l'autorité intimée d'examiner les conséquences de ces limitations sur la capacité de gain de la recourante, qu'il s'agisse d'une activité adaptée dans sa profession d'aide-soignante — si cela est raisonnablement exigible — ou dans une autre profession, puis de statuer sur le droit de la recourante à une rente de l'assurance-accident. La J._____ se prononcera également sur la date de naissance d'un éventuel droit à une rente.

11. a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LAA, si, par suite de l'accident, l'assuré souffre d'une atteinte durable et importante à son intégrité physique, mentale ou psychique, il a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Celle-ci est échelonnée selon la gravité de l'atteinte à l'intégrité (cf. art. 25 al. 1 LAA). L'annexe 3 à l'OLAA comporte un barème des lésions fréquentes et caractéristiques, évaluées en pour cent. Ce barème — reconnu conforme à la loi — ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 c. 1b). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe)

b) La décision attaquée n'a accordé à la recourante aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité. Selon l'expertise judiciaire, la recourante aurait droit à une indemnité de 0 à 5 % pour les cervicalgies chroniques, de 10 à 20 % pour le syndrome lombospondylogène chronique, de 10 % pour l'état de stress post-traumatique et la réaction dépressive persistante et enfin d'un taux non déterminable pour le trouble neurologique fonctionnel. Comme seules les cervicalgies et le syndrome lombospondylogène sont dans un rapport de causalité naturelle et

adéquate avec l'accident du 10 janvier 2000, il découle de l'expertise judiciaire que le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité doit se situer entre 10 et 25 %. Dans la mesure où il appartiendra à l'autorité intimée de rendre une nouvelle décision sur le fond, il convient de lui laisser le soin de déterminer le taux adéquat de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité dans ces limites.

12. Il découle de ce qui précède que le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à l'autorité intimée pour qu'elle fixe le montant des indemnités journalières dues, qu'elle statue, pour l'incapacité de travail consécutive aux troubles lombaires dès mai 2002, sur le droit de la recourante à une rente, ainsi que sur le taux de l'atteinte à l'intégrité.

Le présent jugement doit être rendu sans frais (art. 61 let. a LPGa). La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGa et 55 al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'500 fr. et de les mettre à la charge de la J._____, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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

- I. Le recours est admis.
- II. La décision sur opposition du 3 décembre 2007 est annulée et la cause est renvoyée à la J._____ Générale Compagnie

d'Assurances SA pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

III. La J._____ Générale Compagnie d'Assurances SA versera à Z._____ la somme de 2'500 fr. à titre de dépens.

IV. Il n'est pas perçu d'émolument judiciaire.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour Z._____),
- J._____ Générale Compagnie d'Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :