

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2012

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Métral et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Mestre Carvalho

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante, représentée par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont,

et

N._____ **ASSURANCES ASSURANCES**, à [...], intimée, représenté par Me Christian Grosjean, avocat à Genève.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après : l'assurée), ressortissante portugaise née en 1967, titulaire d'une autorisation de séjour, mariée et mère de famille, occupait deux emplois d'hygiéniste dentaire à temps partiel ainsi qu'un poste de concierge qu'elle exerçait avec son époux, tout en effectuant des tâches administratives pour l'entreprise de ce dernier. Elle était notamment assurée en cas d'accidents professionnels et non professionnels selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la N. _____ [...] Assurances (ci-après : la N. _____ Assurances).

A noter que, dans un rapport du 2 septembre 2005 à l'attention de l'assureur précité, le Dr C. _____, médecin généraliste, a posé les diagnostics d'état dépressif récurrent avec somatisations anxieuses et de status après hystérectomie par voie laparoscopique le 14 mars 2005. Il s'est en outre référé à des périodes d'incapacité de travail de 100% à 50% entre les mois de février et mai 2005.

B. **a)** En date du 2 novembre 2006, alors que la voiture de l'assurée se trouvait à l'arrêt sur l'autoroute au terme de la voie d'engagement, elle a été percutée par l'arrière par un autre véhicule, lui-même tamponné par un automobiliste qui arrivait sur la voie d'engagement. La voiture de l'assurée a été endommagée au pare-chocs arrière, sans dégâts apparents à la carrosserie, et est demeurée en état de marche. L'intéressée a signalé avoir tout de suite eu mal à la tête et aux genoux; quant aux deux autres conducteurs impliqués, ils n'ont pas été blessés. Conduite le jour même au Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier E. _____), l'assurée s'est plainte de douleurs à la nuque, au bassin et au sacrum, mais aucune lésion n'est apparue au scanner; elle a pu rentrer chez elle en fin de journée. A la suite de cette hospitalisation, le diagnostic de contusion du sacrum et du bassin a été posé (cf. certificat médical du 21 novembre 2006 du Dr B. _____, médecin assistant au Centre hospitalier E. _____).

L'assurée n'a plus retravaillé après cet accident.

Elle a été hospitalisée au Service de neurochirurgie du Centre hospitalier E._____ du 10 au 14 novembre 2006. Par avis de sortie du 29 novembre 2006, les Drs V._____, R._____ et U._____, respectivement médecin associé, chef de clinique adjoint et médecin assistant auprès de ce service, ont retenu les diagnostics de cervico-brachialgies droites avec paresthésie et parésie intermittente du membre supérieur droit, et de vertiges post-accident de la voie publique. Ils ont relevé n'avoir trouvé aucune explication neurochirurgicale concernant les plaintes de l'intéressée, et ont précisé qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 14 novembre 2006 n'avait pas révélé de signes de dissection carotidienne ou de syringomyélie, ni de signes de séquelles de traumatisme crânien.

L'intéressée a entre-temps été adressée par son médecin généraliste traitant, le Dr L._____, à la Dresse D._____, neurologue. Dans un rapport du 27 novembre 2006, cette dernière a diagnostiqué des cervico-brachialgies droites non déficitaires avec trouble de la vue, cervicalgies et céphalées après traumatisme en hyperextension de la colonne cervicale de type whiplash le 2 novembre 2006; étaient par ailleurs mentionnés des pseudo-crisés épileptiques (trouble de conversion) en avril 2005, et un status après traumatisme cervical en 1997 dans un accident de la circulation avec cervico-brachialgies droites résiduelles, vertiges et céphalées. Plus particulièrement, la Dresse D._____ a observé que l'assurée présentait une accentuation des cervico-brachialgies droites séquellaires suite à l'événement du 2 novembre 2006, et qu'elle se plaignait aussi de céphalées, de troubles de l'équilibre, de vision floue, d'engourdissement de la lèvre inférieure et de trouble du sommeil. L'examen neurologique mettait en évidence un syndrome cervical modéré, des lâchages multiples à l'examen de la force au membre supérieur droit (sans nette parésie ou asymétrie des réflexes), ainsi qu'un hémisyndrome sensitif droit purement subjectif concernant les modalités superficielles. Une IRM cervicale et cérébrale effectuée quelques jours

auparavant au Centre hospitalier E._____ s'était révélée normale. En outre, l'électroneuromyogramme (ENMG) du membre supérieur droit était normal.

Dans un courrier du 28 décembre 2006 adressé au Dr L._____, le Dr J._____, médecin-conseil de la P._____ Assurances (assureur responsabilité civile du conducteur fautif), a proposé une reprise du travail à 35% dès le 15 janvier 2007, relevant notamment que la situation sur le plan neurologique était plutôt rassurante, et qu'une reprise du travail à temps partiel paraissait indiquée afin d'éviter une chronicisation, cela d'autant plus que l'assurée semblait présenter quelques facteurs de risque non organiques. Le 9 janvier 2007, le Dr L._____ s'est déclaré contre cette proposition, relevant qu'il persistait une importante limitation de la mobilité du membre supérieur droit, ainsi que des douleurs des deux épaules et en particulier de l'épaule et de la main droite. Il a évoqué par ailleurs des symptômes fonctionnels divers, dépourvus de substrats objectifs et dont on pouvait espérer un amenuisement progressif.

Dans un rapport du 12 février 2007, la Dresse M._____, médecin associé à l'Hôpital I_____ [...], a retenu les diagnostics de syndrome douloureux chronique de l'appareil locomoteur avec : status post-accident de la voie publique le 2 novembre 2006, état anxieux et très probable somatisation, status post-épisodes dépressifs avec somatisation en 2005, status post-pseudo-crise épileptique (trouble de conversion) en avril 2005, et status post-accident de la voie publique en 1997. Elle a précisé que l'intéressée avait été hospitalisée en psychiatrie au cours du mois de février 2005 pour un épisode dépressif léger avec syndrome somatique, et qu'une autre hospitalisation avait eu lieu la même année en neurologie pour des pseudo-crisis d'épilepsie (trouble de conversion). En guise de conclusion, elle a observé que l'accident de novembre 2006 avait visiblement décompensé l'assurée sur les plans physique et plus particulièrement psychologique, que le syndrome somatoforme semblait évident, qu'un problème de conversion était à craindre, et que le

traitement ambulatoire dispensé et surtout la prise en charge psychiatrique étaient judicieux.

Par constat du 9 mars 2007, le Dr L. _____ a indiqué que l'événement du 2 novembre 2006 semblait avoir décompensé un état fragile préexistant.

Dans un rapport du 12 mars 2007, le Dr T. _____, médecin associé au Centre interdisciplinaire des urgences du Centre hospitalier E. _____, a fourni diverses précisions concernant l'hospitalisation de l'intéressée survenue le jour même de l'accident. En particulier, il a relevé que cette dernière avait subi une distorsion cervicale, une contusion du sacrum et une contusion du bassin, et a estimé que compte tenu des éléments recueillis lors de la consultation en urgence, ces lésions ne devraient laisser aucune séquelle; toutefois, la distorsion cervicale pouvait occasionnellement laisser subsister des douleurs à long terme. Il a ajouté qu'aucun arrêt de travail n'avait été délivré au terme de la prise en charge du 2 novembre 2006.

L'assurée a été hospitalisée du 12 au 30 mars 2007 à l'Unité du rachis de l'Hôpital I _____, où elle a bénéficié d'une prise en charge intensive multidisciplinaire.

Dans le cadre de cette hospitalisation, l'intéressée a été examinée le 16 mars 2007 par les Desses A. _____ et Y. _____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant au Département de psychiatrie du Centre hospitalier E. _____, qui ont consigné leurs observations dans un rapport du 22 mars 2007. Elles ont relevé que l'assurée avait connu un épisode dépressif en 2001, suivi d'un épisode dépressif léger avec syndrome somatique en 2005 ayant motivé une hospitalisation dans le secteur [...]; elles ont ajouté que l'intéressée avait été hospitalisée en neurologie en 2004 et qu'à cette occasion, le diagnostic probable de convulsion dissociative avait été posé. Pour le surplus, elles ont en particulier fait part de ce qui suit :

"Hypothèse diagnostique :

- Trouble dissociatif (de conversion) mixte (F 44.7).
D.D. : Trouble somatisations.
- Trouble somatoforme douloureux persistant (F. 45.4).
- Probable trouble de la personnalité mixte, à traits borderline et histrionique (F 61.0).

Discussion :

Suite à notre évaluation, nous retenons en premier lieu un diagnostic de trouble dissociatif mixte. En effet, les troubles dissociatifs caractérisent une perte ou une altération de la motricité, de la sensibilité ou des fonctions sensorielles dont on peut présumer une causalité psychologique et présents chez la patiente sous forme de parésie et perte de sensibilité du bras, de dysarthrie, de perte de tonus des membres inférieurs, d'aphasie, de malaise et de troubles visuels. On relève par ailleurs, dans les antécédents, des convulsions dissociatives.

En second lieu, nous retenons un diagnostic de trouble somatoforme douloureux sur la base des douleurs intenses et persistantes, non expliquées entièrement par le phénomène de whiplash secondaire au traumatisme cervical, et survenant dans un contexte de conflit émotionnel et de divers problèmes psychosociaux.

Par ailleurs, un probable trouble de la personnalité nous semble devoir être retenu, étant donné un mode relationnel rigide répétitif, une perturbation de l'affectivité et un trouble du contrôle des impulsions. En effet, des traits borderline sont présents sous forme d'une tendance à des relations intenses et instables, et des efforts pour éviter les abandons. Des traits histrioniques se présentent également sous forme d'une hyperexpressivité émotionnelle, d'un certain désir d'être au centre de l'attention et d'une tendance à être facilement blessée."

Le 10 avril 2007, la Dresse M. _____ a établi une lettre de sortie relative à l'hospitalisation de mars 2007. Elle a posé les diagnostics de cervico-brachialgies droites résiduelles après whiplash lors de l'accident du 2 novembre 2006, de lombalgies chroniques réactivées par le même accident, de troubles dissociatifs mixtes, de troubles somatoformes douloureux persistants, et de probables troubles de la personnalité mixte à traits borderline et histrionique. Elle a par ailleurs indiqué des comorbidités sous forme de status post-état dépressif en février 2005, de status post-pseudo-crisis épileptiques (troubles de conversion en avril 2005), et de status post-accident de la voie publique en 1995 [recte : 1997]. Sur le plan physique, elle a signalé que les douleurs étaient toujours présentes, surtout au niveau du membre supérieur droit.

S'agissant du suivi psychiatrique, elle a considéré que celui-ci était prioritaire.

Par écrit du 12 avril 2007, la Dresse M. _____ a indiqué à Me Eduardo Redondo, conseil de l'assurée, que le lien de causalité entre les souffrances de cette dernière et l'accident du 2 novembre 2006 lui paraissait évident. A cet égard, elle a souligné que jusqu'à la date de l'accident, l'intéressée avait été très active et avait fonctionné sans difficulté sur les plans professionnel et familial. L'événement du 2 novembre 2006 avait déclenché des troubles physiques (cervico-brachialgies), mais surtout des problèmes psychologiques, à savoir une décompensation psychiatrique sous forme de dépression, trouble de conversion et troubles somatoformes chez une patiente atteinte de troubles de la personnalité et qui était jusqu'à l'accident bien compensée. La problématique psychiatrique de l'assurée - décompensée par l'accident et ses suites - était donc prioritaire. Il était enfin relevé que l'intéressée avait présenté des problèmes semblables après d'autres événements traumatiques de sa vie, mais qu'elle avait entièrement récupéré.

Par certificat médical du 4 mai 2007, le Dr L. _____ a attesté que l'assurée présentait des cervico-brachialgies droites résiduelles après whiplash le 2 novembre 2006, des lombalgies chroniques réactivées par l'accident, et une décompensation psychiatrique sous forme de dépression et de troubles somatoformes, directement en lien avec l'accident.

Dans le contexte de l'enquête pénale relative à l'accident du 2 novembre 2006, le Dr L. _____ a été entendu le 11 juin 2007 par le juge d'instruction de l'arrondissement de [...]. A cette occasion, il a expliqué qu'il suivait l'assurée depuis le 3 août 2006, date à laquelle elle était venue le consulter pour des douleurs abdominales, des troubles urinaires, de discrètes incapacités au bras droit, des troubles de la concentration et des troubles dépressifs légers. Il a précisé que ces pathologies étaient stables avant l'accident du 2 novembre 2006, l'intéressée travaillant et ne bénéficiant que de consultations ambulatoires. Invité à se prononcer sur les suites de l'accident de 1997, il a indiqué qu'avant le 2 novembre 2006,

l'assurée avait souffert d'une brachialgie droite résiduelle qui pouvait s'accroître en raison des mouvements, ainsi que d'une raideur au niveau de la nuque; en outre, l'intéressée s'était plainte de malaises et de périodes de perte de sensation des membres inférieurs, et avait eu des sensations de vertige et d'ébriété. Concernant les troubles de conversion constatés en 2005, le Dr L._____ a observé que ce diagnostic psychiatrique était posé lorsqu'un patient se plaignait de symptômes physiques de type incapacité motrice qu'on ne pouvait expliquer. Il a exposé qu'en l'occurrence, l'assurée s'était plainte de périodes d'«*anesthésie*» des jambes pouvant être rattachées à des troubles neurologiques ou psychiatriques; aucun diagnostic neurologique n'ayant pu être posé après investigation, il avait dès lors été retenu que l'intéressée souffrait de troubles psychiatriques sous forme de troubles de conversion, encore présents avant l'accident du 2 novembre 2006. S'agissant des conséquences de cet accident, le Dr L._____ a estimé qu'il existait un lien de causalité directe entre l'événement du 2 novembre 2006 et les atteintes - les troubles de la personnalité exceptés - citées dans le compte-rendu de la Dresse M._____ du 10 avril 2007 (cervico-brachialgies droites résiduelles après whiplash, lombalgies chroniques réactivées par l'accident, troubles dissociatifs mixtes et troubles somatoformes persistants); il a ajouté que ces affections étaient latentes et stables jusqu'à l'accident en question, celui-ci les ayant réactivées et ayant aggravé la santé tant physique que psychique de l'intéressée. En particulier, d'un point de vue psychologique, l'événement du 2 novembre 2006 avait provoqué une décompensation. Enfin, le Dr L._____ a considéré que l'accident du 2 novembre 2006 avait aggravé, respectivement retardé la guérison des troubles physiques et psychiques préexistants dont souffrait l'assurée.

Dans un rapport du 26 octobre 2007, les Drs G._____ et K._____, respectivement chef de clinique adjoint et médecin assistant à la Consultation de S._____ de la Policlinique du Département de psychiatrie du Centre hospitalier E._____, ont retenu les diagnostics de trouble dissociatif mixte (F44.7), de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique

(F32.11), et de trait de personnalité accentué, histrionique (F60.4). Ils ont relevé que l'assurée présentait une symptomatologie dépressive accompagnée d'un trouble dissociatif de la motricité qui l'handicapait dans la marche et dans les mouvements des membres supérieurs. Ils ont ajouté que l'intéressée était également handicapée par ses douleurs, que son état de santé psychique était précaire, et que celui-ci s'aggravait lors de stress externe.

Dans le cadre de l'enquête pénale précitée, l'assurée a fait l'objet d'une expertise réalisée par le Dr H._____, neurologue. Après avoir examiné l'intéressée les 7 et 16 novembre 2007, ce spécialiste s'est déterminé comme suit dans son rapport du 27 décembre 2007 :

"DISCUSSION

Mme Q. _____ [...] est mère de 4 enfants mineurs.

Elle a une formation en médecine dentaire et travaille comme assistante dentaire et hygiéniste; elle était d'autre part aussi gestionnaire de l'entreprise du mari et enfin travaillait dans la conciergerie.

Elle s'occupait en plus de son ménage et de ses enfants : on voit donc une très importante charge professionnelle lorsque l'accident de 2006 survient.

Mme Q. _____ a des antécédents médicaux : en 1997, elle subit un traumatisme cervical avec traumatisme crânien, suivi par des cervico-brachialgies droites, avec dysfonctionnement radiculaire d'origine traumatique, qui s'estompent avec traitement conservateur, mais qui subsistent au moins comme gêne en août 2006. Le médecin traitant signale des brachialgies droites et une raideur de la colonne. Ces troubles n'entraînent pas une incapacité de travail dans les 3 mois qui précèdent l'accident.

Depuis 2005, 18 mois avant l'accident, la patiente présentait une incapacité de travail de 3 mois pour « diverses raisons » (état dépressif léger, hystérectomie en mars 2005), avec développement de manifestations pseudo-épileptiques, dans le cadre d'un syndrome de conversion.

C'est dans ce contexte que survient l'accident du 2.11.2006. Il s'agit d'un traumatisme par transfert d'énergie au niveau cervical, dit communément « coup de lapin » ou « whiplash ». La patiente est transportée aux urgences du Centre hospitalier E._____, où on remarque des douleurs au niveau de la colonne cervicale, mais aussi lombaire et sacrée. A ce moment, Mme Q. _____ bouge les 4 membres, marche normalement et ne présente pas de déficits neurologiques. D'ailleurs, aucune incapacité de travail n'est notée à ce moment.

Cet état reste d'ailleurs stationnaire pendant 4 jours, la patiente se plaignant de cervicalgies et céphalées. Par la suite et

progressivement, Mme Q._____ développe des troubles visuels, qui régressent au moins en partie, des troubles de la force à caractère fonctionnel, qui prédominent au membre supérieur droit, des vertiges et une sensation de tangage, mais surtout les douleurs cervico-dorsales et cervico-brachiales droites (qui sont préexistantes à l'accident) s'aggravent.

Un status neurologique est pratiqué 3 semaines plus tard, il est normal et démontre la présence de très nets troubles « à caractère fonctionnel » (une atteinte périphérique a été écartée par une EMG). Un examen par IRM cérébrale cervicale et dorsale écarte une lésion ostéoligamentaire au niveau des structures de la colonne cervico-dorsale, écarte aussi la possibilité d'une lésion à caractère vasculaire au niveau vertébral et carotidien pouvant expliquer les troubles à caractère fluctuant. Le parenchyme cérébral et médullaire ainsi que les racines nerveuses cervicales sont intactes.

Plus tard surviennent des troubles à caractère pseudo-parétique et finalement des manifestations pseudo-épileptiques, comme déjà en 2005.

Nous voyons que la patiente glisse progressivement vers un état d'invalidité et de dépendance, manifeste aujourd'hui, 1 année après l'accident.

Le status neurologique de la patiente met en évidence des troubles à caractère fonctionnel. Ces troubles et l'anamnèse récente permettent de poser le diagnostic de trouble de conversion, avec présentation mixte (voir plus loin). De plus, elle présente un syndrome de type fibromyalgique, associé à des cervico-brachialgies droites, présentes avant le traumatisme.

Remarquons d'emblée qu'il ne s'agit pas de simulation ni d'une surcharge, mais bien d'un trouble de conversion : l'état de dépendance de la patiente à domicile l'atteste.

Actuellement, la patiente suit un traitement à caractère somatique et psychiatrique, mais son état reste malgré tout stable.

Mme Q._____ souffre donc d'une fragilité de la personnalité, qui s'est manifestée par le passé et plus particulièrement en 2005, avec des troubles à caractère de conversion (décrits). Un trouble de conversion à présentation mixte est caractérisé par la présence de « symptômes ou déficits touchant la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles suggérant une affection neurologique ou une affection médicale générale » (critère A). « On estime que des facteurs psychologiques sont associés au symptôme ou au déficit, parce que la survenue ou l'aggravation du symptôme est précédée par des conflits ou d'autres facteurs de stress » (critère B). « Le symptôme ou déficit n'est pas produit intentionnellement ou feint, comme dans le trouble factice ou de simulation » (critère C). On porte le diagnostic de trouble de conversion lorsque « le symptôme ou le déficit ne peut pas s'expliquer complètement par une affection neurologique ou une autre affection médicale générale, par les effets directs d'une substance ou être assimilé à un comportement ou une expérience culturellement déterminés ». Il s'agit du critère D. Enfin, « le trouble doit être cliniquement significatif, ce dont témoigne une souffrance marquée, une altération du fonctionnement social et professionnel ou dans un autre domaine important » ; le fait qu'il justifie une évaluation médicale représente le critère E.

D'ailleurs, [«] les symptômes de conversion sont en relation avec la motricité volontaire ou les fonctions sensitives ou sensorielles et sont appelés, pour cette raison, pseudo-neurologiques. Les symptômes ou déficits sensitifs ou sensoriels peuvent être une perte de sensibilité tactile ou douloureuse, une diplopie, une cécité, une surdité ou des hallucinations. Il peut s'agir également de crises d'épilepsie ou de convulsions (...) ».

Cette citation du « Manuel diagnosti[que] et statistique des troubles mentaux » (DSM), version française, 1996, illustre bien l'état actuel de la patiente.

D'ailleurs, le médecin traitant, le Dr L. _____, note que la patiente présente un problème de personnalité. Toujours d'après le « DSM », « dans la tradition psychopathologique, le terme de conversion venait de l'hypothèse selon laquelle le symptôme somatique représente une résolution symbolique d'un conflit psychologique inconscient, réduisant l'anxiété et servant à maintenir le conflit hors de la conscience (...) ».

(...) « Bien que le critère diagnostique du trouble de conversion du DSM 4 n'implique pas nécessairement de telles conceptions, il exige que des facteurs psychologiques soient associés à l'apparition ou l'aggravation des symptômes ».

Revenons à notre situation : Mme Q. _____ subit le 2.11.2006 un traumatisme qu'il est convenu d'appeler un « coup de lapin » ou « whiplash » selon la dénomination anglaise. Ce traumatisme entraîne cependant dans notre cas une lésion bénigne, à tel point qu'on ne décrit pas chez la patiente de syndrome cervical aigu (avec limitations de la motilité cervicale) lors de l'hospitalisation au Centre hospitalier E. _____, mais uniquement des cervicalgies et des lombalgies, ainsi que des douleurs sacrées. D'ailleurs, aucune incapacité de travail n'est admise à ce moment-là. Après une période de quelques jours au cours de laquelle la patiente est stable, Mme Q. _____ glisse progressivement vers une invalidité totale, en relation aujourd'hui avec les troubles de conversion qui subsistent et qui étaient manifestes déjà 18 mois auparavant, avec une incapacité de travail de 3 mois. De plus, les cervico-brachialgies droites étaient aussi présentes dans les mois qui précèdent le traumatisme (n'engendrant toutefois pas d'incapacité de travail) et ont en quelque sorte été aggravées par le traumatisme lui-même. Signalons cependant que cette aggravation n'est pas immédiate, mais qu'elle se manifeste seulement après 4 jours, à tel point que, là aussi, on peut faire intervenir un mécanisme de type conversion pour comprendre cette aggravation tardive.

Enfin, signalons qu'un discret syndrome cervical comme celui présenté par la patiente à la suite de l'accident est habituellement bénin : dans une minorité de cas (un tiers), la douleur subsiste après plusieurs semaines et dans une toute petite minorité de cas (inférieure à 5 %), la douleur persiste à une année, avec de rares cas d'invalidité.

Nous venons donc de voir qu'il est pratiquement certain que l'accident et ses suites ont entraîné une décompensation de l'état antérieur de la patiente.

Il est aussi manifeste que l'état de Mme Q. _____ avant l'accident était précaire, du fait de la persistance de cervico-brachialgies à la suite de l'accident de 1997 et du fait aussi du problème de personnalité, à l'origine du trouble de conversion qui l'avait déjà

amenée à une incapacité de travail de 3 mois, 18 mois avant l'accident qui nous intéresse.
On doit donc admettre que l'état de Mme Q._____ était précaire, non seulement du point de vue médical, mais aussi à cause de la surcharge de travail à laquelle elle était contrainte avant l'accident de novembre 2006.

[...]

1. Quel était [l'état] de santé de Mme Q._____ avant l'accident du 2.11.2006 ?

- Mme Q._____ avait un état de santé précaire: en effet, 18 mois auparavant, elle avait présenté une incapacité de travail de 3 mois, à la suite d'un trouble de conversion, et 3 mois auparavant elle se plaignait encore de cervico-brachialgies droites en relation avec l'accident de 1997.

2. Les troubles dont elle souffrait, notamment suite à l'accident de 1997, étaient-ils invalidants ?

- Les troubles dont elle souffrait étaient à l'origine d'une incapacité de travail, 18 mois avant l'accident. Les suites de l'accident de 1997 étaient de plus présentes encore 3 mois avant l'accident de 2006.

3. Les lésions subies lors de l'accident du 2.11.2006 ont-elles, au moment de celui-ci, gravement mis en danger la vie de la victime ?

Non

4. Quels sont les risques de dommages permanents (incapacité de travail, infirmité, dommages esthétiques ou autres) ?

Comme relaté dans la discussion, l'accident du 2.11.2006 n'entraîne habituellement pas de dommages permanents ni infirmité ou dommages esthétiques ou autres.

5. Convient-il de prévoir un nouveau traitement ou une nouvelle intervention ? Si oui, laquelle ?

- L'état de la patiente est actuellement grave et une prise en charge à caractère somatique et psychiatrique est toujours indiquée.

6. Les troubles dont souffre actuellement Mme Q._____ sont-ils dus exclusivement à l'accident du 2.11.2006 ?

- Les troubles dont souffre actuellement Mme Q._____ ne sont pas dus exclusivement à l'accident du 2.11.2006.

7. Si non, l'accident a-t-il réveillé ou aggravé des pathologies dont souffrait antérieurement Mme Q._____ (notamment celles provoquées par l'accident de 1997) ?

L'accident a réveillé des pathologies dont souffrait antérieurement Mme Q._____. Il s'agit avant tout d'un trouble de conversion, qui

était manifeste déjà en 2005 et a accentué des douleurs post-traumatiques, en relation avec l'accident de 1997.

8. Avez-vous d'autres remarques à formuler ?

Du point de vue médical, l'état de Mme Q. _____ est inquiétant."

c) Par décision du 2 avril 2008, la N. _____ Assurances a refusé d'allouer des prestations d'assurance à l'intéressée, réfutant l'existence d'un lien de causalité entre les troubles de cette dernière et l'événement du 2 novembre 2006. L'assurée s'étant opposée à cette décision le 5 mai 2008 par l'intermédiaire de son conseil, la N. _____ Assurances lui a fait savoir, le 29 mai 2008, que la décision du 2 avril 2008 était annulée et que l'instruction de l'affaire était reprise.

d) A la requête de la P. _____ Assurances, le Dr H. _____ a examiné l'assurée le 5 mai 2008. Il a ensuite établi un rapport d'expertise complémentaire le 23 juin suivant, aux termes duquel il faisait notamment état de ce qui suit :

"DISCUSSION

Ce rapport complémentaire permet de répondre aux questions concernant les aspects de causalité entre l'accident du 2.11.2006 et les troubles actuels.

[...] Mme Q. _____ souffre avant tout d'un « trouble de conversion » : ce trouble était présent avant l'accident et se manifestait entre autre par des pseudo-convulsions qui [...] avaient entraîné une incapacité de travail partielle pendant quatre mois, avant l'accident lui-même.

De plus, au moment de l'accident, Mme Q. _____ se plaignait de cervico-brachialgies droites, en relation avec l'accident de 1997, sans répercussion sur la capacité de travail.

Au moment de l'accident, le 2.11.2006, la patiente était en pleine capacité de travail.

L'accident du 2.11.2006 provoque des dégâts minimes au véhicule de Mme Q. _____ (choc postérieur avec pare-choc déformé). Au vu des constatations au Centre hospitalier E. _____, il apparaît cependant que, malgré le peu de dégâts au véhicule, ce traumatisme entraîne bien une distorsion cervicale. Le degré de cette atteinte n'est pas consigné dans le rapport. Il est cependant remarqué que le status neurologique était normal, que la patiente ne présentait pas de paralysie ou parésie ni d'autres troubles à caractère neurologique, fonctionnels ou organiques.

Notons d'emblée que l'importance d'une lésion de ce type n'est pas directement en rapport avec les dégâts constatés sur un véhicule : le transfert d'énergie au niveau de la colonne cervico-dorsale et de

la tête ne peut en effet pas être directement déduit sur la base de constatations et des dégâts à un véhicule : seule une expertise biomédicale permettrait de répondre à cette question.

Les troubles qui rendent aujourd'hui Mme Q. _____ invalide sont avant tout des troubles en relation avec un « syndrome de conversion », qui était déjà présent avant l'accident et qui avait déjà provoqué une incapacité de travail. Les douleurs dont la patiente se plaint n'étaient qu'en partie présentes avant l'accident (les cervico-brachialgies droites) et se réfèrent à l'accident antérieur de 1997.

Un syndrome cervical par transfert d'énergie (l'atteinte décrite le 2.11.2006 au Centre hospitalier E. _____) n'entraîne pas un état d'invalidité et de dépendance grave comme celui constaté aujourd'hui. D'ailleurs, dans les quatre jours qui ont suivi le traumatisme cervical lui-même, la patiente ne présentait pas de troubles parétiques particuliers, ni de manifestations pseudo-convulsivantes.

Les « troubles de conversion » dont souffre aujourd'hui Mme Q. _____ sont caractérisés par des déficits et des paroxysmes qui ne peuvent s'expliquer par un trouble neurologique ou une autre affection générale. Ils sont cliniquement significatifs : ils témoignent d'une souffrance marquée ou d'une « altération du fonctionnement social et professionnel importante ».

La question de causalité entre l'état actuel et l'accident du 2.11.2006 doit donc être discutée:

La question peut se poser en ces termes : « Suivant une notion de causalité médicale : quel serait aujourd'hui l'état de Mme Q. _____ sans l'événement du 2.11.2006 ? ».

Le syndrome cervical, comme celui déclenché par l'accident, guérit habituellement sans séquelles en quelques semaines, tout en plus en quelques mois. Cette constatation est basée sur des publications concernant les collectifs de blessés suivis prospectivement. A long terme, dans quelques rares situations, le syndrome cervical devient invalidant et s'accompagne d'une diffusion de la douleur avec accentuation de cette dernière, troubles qui surviennent progressivement et ne se retrouvent que dans une minorité de cas, inférieure à 5 % à long terme (à une année). Ce tableau, décrit sous le terme de « late whiplash syndrom » ne correspond qu'en partie à celui que présente Mme Q. _____ : en effet, une partie des douleurs (classées comme trouble à caractère somatomorphe ou fibromyalgie) pourrait correspondre à un « late whiplash syndrom » ; une partie des troubles, notamment les cervico-brachialgies droites, étaient présentes antérieurement.

On pourrait argumenter que, sans le syndrome cervical survenu à la suite de l'accident du 2.11.2006, la patiente aurait poursuivi son activité professionnelle, malgré la fragilité antérieure qui a été démontrée.

Nous avons cependant vu que cette fragilité s'était déjà manifestée avec une incapacité de travail de longue durée dans les dix-huit mois qui avaient précédé l'accident.

Il est donc difficile d'admettre que, aujourd'hui, même sans l'accident du 2.11.2006, Mme Q. _____ serait toujours en pleine possession de sa capacité de travail. Autrement dit, la fragilité de Mme Q. _____ se serait manifestée tôt ou tard, lorsqu'un accident ou un événement mineur l'aurait fait basculer dans l'état d'invalidité et de dépendance dans lequel elle se trouve actuellement.

[...] Sur la base des nombreuses publications, il semble raisonnable de conclure que, sans la fragilité qui a été mise en évidence, Mme Q. _____ aurait rapidement retrouvé le « statu quo ante » à la suite de l'accident du 2.11.2006 et le syndrome cervical déclenché par le traumatisme lui-même. Une évolution favorable serait survenue après trois à quatre mois d'évolution au plus.

Il est donc admissible de dire que l'état de la patiente devrait être mis en relation de causalité totale pendant les quatre premiers jours post-traumatiques (avec une incapacité de travail totale). Dès la deuxième semaine post-traumatique jusqu'à la fin du quatrième mois post-traumatique, la relation de causalité entre l'état de la patiente et l'accident du 2.11.2006 ne peut être que partielle : il est proposé d'admettre que 50 % de l'état de la patiente doit être mis en relation avec l'accident et 50 % en relation avec l'état antérieur. Il est aussi admissible de dire que, à partir du cinquième mois post-traumatique, l'état de la patiente n'était plus [en] relation de causalité avec l'accident du 2.11.2006 et [avec] ses suites. Ces considérations tiennent compte d'une évolution « naturelle » de l'atteinte constatée en novembre 2006, en l'absence de tout antécédent.

[...]

1. Au degré de la vraisemblance prépondérante, l'accident du 2.11.2006 était-il de nature, à lui seul, à entraîner les troubles dont souffre actuellement Mme Q. _____ ? [...]

- Aujourd'hui une année et demi après l'accident du 2.11.1996 [recte : 2006], on peut admettre que cet événement n'était pas de nature à entraîner les troubles dont souffre aujourd'hui Mme Q. _____. Les motivations sont décrites plus haut.

2. Compte tenu de l'état antérieur de la patiente, pouvez-vous fixer le statu quo ante ou le statu quo sine (période durant laquelle l'accident du 2.11.2006 est, au degré de la vraisemblance prépondérante, encore causal dans les troubles présentés par la patiente) ?

- Le « statu quo sine » serait atteint à partir du début du cinquième mois post traumatique.

3. Cas échéant, quantifier au moyen d'une étiologie différentielle les différentes parts causales dans les troubles actuels (certitude - 100 % -, vraisemblance prépondérante -> 50 % - possibilité - < 50 %-).

- A partir du cinquième mois post-traumatique et actuellement, les troubles invalidants de la patiente ne sont plus vraisemblablement en relation avec l'accident du 2.11.2006. Une causalité totale entre troubles de la patiente et accident doit être admise dans les quatre premiers jours après l'accident. Entre le cinquième jour et la fin du quatrième mois post-traumatique, les troubles de la patiente n'étaient qu'en relation partielle avec le traumatisme et ses suites : il est proposé que cette relation soit de l'ordre de 50 %."

A la demande de la N._____ Assurances, le Dr H._____ a précisé, par écrit du 1^{er} septembre 2008, que les plaintes et troubles constatés lors des examens pratiqués les 7 et 16 novembre 2007 étaient d'une façon seulement possible en relation avec l'événement du 20 [recte : 2] novembre 2006, que des maladies et accidents antérieurs jouaient un rôle, et que, s'agissant des cervico-brachialgies, on pouvait considérer que le *statu quo sine* ou *ante* avait été retrouvé à partir du cinquième mois post-traumatique.

e) Par décision du 29 septembre 2008, la N._____ Assurances a refusé de verser des prestations d'assurance au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité entre les troubles actuels de l'assurée et l'accident du 2 novembre 2006.

Par acte du 30 octobre 2008 rédigé par son mandataire, l'intéressée a formé opposition à l'encontre de cette décision, requérant l'octroi de prestations d'assurance dès le 2 novembre 2006. En substance, elle a relevé que le Dr H._____, dans son rapport d'expertise du 27 décembre 2007, ainsi que la Dresse M._____, dans son compte-rendu du 12 avril 2007, avaient admis le lien de causalité entre ses problèmes de santé et l'accident du 2 novembre 2006. Elle s'est notamment prévalu des conclusions émises par le Dr H._____ dans son rapport complémentaire du 23 juin 2008, selon lesquelles les troubles constatés devaient être mis en relation de causalité totale pendant les quatre premiers jours post-traumatiques (avec une incapacité de travail totale), puis en relation de causalité partielle dès la deuxième semaine post-traumatique jusqu'à la fin du quatrième mois post-traumatique.

f) Par décision sur opposition du 26 novembre 2008, la N._____ Assurances a partiellement admis l'opposition du 30 octobre 2008, en ce sens que le cas devait être pris en charge à compter du jour même de l'accident et ce pour une période de cinq mois. Dans sa motivation, l'assureur s'est fondé sur l'avis de l'expert H._____ pour retenir l'existence d'une relation de causalité naturelle et adéquate (l'événement accidentel pouvant être classé dans la catégorie des

accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure de celle-ci) jusqu'à cinq mois après l'accident du 2 novembre 2006.

C. Dans l'intervalle, le 12 décembre 2007, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (AI). Dans ce contexte, par rapport du 17 mars 2008, les Drs G. _____ et K. _____ ont retenu les diagnostics se répercutant sur la capacité de travail de trouble dissociatif de conversion mixte (F44.7) depuis 1997, d'épisode dépressif moyen (F32.10) depuis 2001, de trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4), de trouble personnalité mixte à trait borderline histrionique (F61) depuis l'adolescence, et de cervico-brachialgies droites résiduelles depuis 2006 («*accident de voiture le 2.11.2006*»); à ces diagnostics s'ajoutaient les comorbidités suivantes : status post-épisode dépressif sévère ayant nécessité une hospitalisation à l'hôpital d'[...] du 10 au 24 février 2005, status convulsions dissociatives en avril 2005, status post-accident de circulation en 1995 [recte : 1997], fracture cervicale, tétraplégie transitoire en 1997 et status post-hystérectomie sur hémorragie en mars 2005. Les Drs G. _____ et K. _____ ont de surcroît relevé que l'état de santé de l'assurée s'aggravait. Se fondant sur l'avis de ces médecins, le Dr O. _____, du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a retenu le 23 mai 2008 que l'assurée souffrait principalement d'un trouble dissociatif de conversion mixte. Enfin, par décision du 4 mars 2009 confirmant un projet du 5 novembre 2008, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} novembre 2007. L'intéressée a par ailleurs été mise au bénéfice d'une allocation pour impotence de degré moyen à partir du 1^{er} novembre 2007 (décision du 15 février 2010), puis de degré grave dès le 1^{er} février 2011 (décision du 5 septembre 2011), tout en se voyant octroyer divers moyens auxiliaires.

D. a) Entre-temps, agissant par l'entremise de Me Eduardo Redondo, l'assurée a recouru le 16 janvier 2009 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition de la N. _____ Assurances du 26 novembre 2008, concluant à

sa réforme et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité de l'assurance-accidents pour une durée indéterminée. En substance, elle invoque avoir été victime d'un coup du lapin lors de l'accident du 2 novembre 2006, et soutient que cet événement se trouve en relation de causalité naturelle et adéquate avec ses atteintes actuelles. Cela étant, elle fait valoir que c'est à tort que la N._____ Assurances s'est fondée sur les conclusions du Dr H._____ pour retenir qu'aucun lien de causalité ne subsistait cinq mois après l'accident. A cet égard, elle relève que l'avis du Dr H._____ ne peut être suivi dans la mesure où il repose sur une simple hypothèse, singulièrement sur l'idée que l'état actuel d'invalidité se serait manifesté tôt ou tard à l'occasion d'un accident ou d'un événement mineur. Elle ajoute que le compte-rendu de la Dresse M._____ du 12 avril 2007 doit être préféré à l'appréciation du Dr H._____, dès lors que le raisonnement de cette praticienne est «*bien plus motivé*» et repose sur un examen pluridisciplinaire (comportant un volet psychiatrique établi le 22 mars 2007 par les Drs Y._____ et A._____), contrairement à l'expertise du Dr H._____ qui se limite à aborder l'aspect neurologique de la situation.

Dans sa réponse du 20 février 2009, la N._____ Assurances, représentée par son conseil, a conclu au rejet du recours, reprenant pour l'essentiel l'argumentation développée dans la décision attaquée.

Par décision du 14 avril 2009, le Bureau de l'assistance judiciaire a mis la recourante au bénéfice de l'assistance judiciaire pour la procédure en cours, comprenant notamment la désignation d'un avocat d'office.

Le 21 septembre 2010, la recourante, représentée par son nouveau mandataire Me Pierre Seidler, a notamment versé au dossier un compte-rendu rédigé le 27 avril 2010 par la Dresse EE._____, spécialiste en évaluation médico-légale à [...], au Portugal. L'assurée a ultérieurement transmis une traduction de ce document, dont il ressort notamment ce qui suit :

"ANTECEDENTS

L'Examinée réfère [...] un infarctus du myocarde diagnostiqué en 2008 [...].

[...]

DISCUSSION

[...]Les éléments disponibles ne nous permettent pas d'admettre un lien de cause à effet avec la contusion cervicale qui a résulté du premier accident de la route, le 02.09.1997. Compte tenu de l'information des registres cliniques qui nous ont été fournis par l'Hôpital, de cet accident n'a résulté aucune séquelle. Les séquelles (perturbations de stress post-traumatique, syndrome cervico-céphalique, rigidité de la colonne vertébrale, hémiplégie droite et perte de forces à gauche) qui ont résulté du deuxième accident de la route, le 02.09.2006 [recte : 02.11.2006], sont actuellement présentes puisqu'il y a adéquation entre le siège du traumatisme et le siège du dommage corporel qui en a résulté, puisqu'il y a continuité symptomatologique et adéquation temporelle entre le traumatisme et le dommage corporel, et puisque le type de lésions est propre d'une étiologie dégénérative. Et comme ce type de traumatisme peut produire ce type de lésions, l'existence d'une cause étrangère au traumatisme est à exclure, tout comme l'existence préalable d'un dommage corporel. [...]"

Dans un écrit du 26 octobre 2010 (produit le 28 octobre suivant par la recourante), le Dr F._____, médecin généraliste, précise que suite aux deux accidents de la circulation avec whiplash dont elle a été victime, l'intéressée se trouve dans un état général très dégradé, avec une hémiplégie droite, une parésie du membre inférieur gauche, des cervico-brachialgies permanentes et des lombalgies chroniques. Elle doit en outre se déplacer en chaise roulante, et a besoin de l'aide d'autrui pour les gestes de la vie quotidienne. Ces éléments se répercutent sur son psychisme, qui est ainsi très atteint.

Par déterminations du 16 novembre 2010, la N._____
Assurances considère en substance que le rapport du 27 avril 2010 de la Dresse EE._____
n'est pas probant. L'intimée relève tout d'abord que l'on ignore la spécialisation de l'auteur de ce constat. Elle observe en outre que ce compte-rendu ne tient pas compte des écrit du Dr H._____
des 23 juin et 1^{er} septembre 2008, et ne mentionne aucun diagnostic, la Dresse EE._____
se référant à des constatations purement descriptives sans aucun substrat organique. L'assureur ajoute que contrairement à l'avis du médecin portugais, les pièces du dossier démontrent qu'avant

l'accident du 2 novembre 2006, la recourante présentait des séquelles de l'accident survenu en 1997 ainsi que d'autres troubles, notamment psychiques. La N._____ Assurances réfute par ailleurs le raisonnement de la Dresse EE._____ concernant la relation de causalité entre les troubles actuelles de l'assurée et l'accident du 2 novembre 2006, et souligne que seule cette praticienne a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique, diagnostic qui ne peut cependant être posé que par un psychiatre et dont l'existence paraît douteuse en l'occurrence au vu des circonstances du cas d'espèce.

Par acte du 25 février 2011, la recourante requiert la mise en œuvre de diverses mesures d'instruction (à savoir une audience, une IRM cérébrale au moyen d'un appareil 3 Tesla, et une expertise pluridisciplinaire axée sur les plans neurologique, neurochirurgical, neuropsychologique, neuroradiologique, orthopédique et psychiatrique). Elle se prévaut par ailleurs d'une péjoration de son état de santé depuis le dépôt de son recours, et produit un onglet de pièces comportant notamment les documents suivants :

- Un certificat médical du 2 mars 2007 rédigé par le Dr X._____, médecin interniste, attestant que l'assurée présente un grave problème post-traumatique qui a des répercussions sur son état psychique;

- Un rapport du 3 octobre 2008 des Drs BB._____ et CC._____, respectivement professeur associé et chef de clinique au Service de neurologie du Centre hospitalier E._____, posant les diagnostics de troubles dissociatifs avec pseudo-crise épileptique et pseudo-dystonie du membre supérieur droit, de cervico-brachialgie droite chronique depuis 1997 exacerbée en novembre 2006, de syndrome vertigineux périphérique, et de migraine sans aura. Ces médecins rappellent en outre que l'IRM cervicale réalisée le 14 novembre 2006 n'a pas révélé de séquelles de traumatisme crânien;

- Un rapport du 5 novembre 2008 des Drs BB._____ et DD._____ (ce dernier étant chef de clinique au Service de neurologie du Centre hospitalier E._____), constatant qu'un examen radiologique de la main et de l'avant-bras de l'assurée n'a pas révélé de signes indirects pour un "complex regional pain syndrom" (algoneurodystrophie), et que les différents neurologues interpellés n'ont pas observé d'anomalie neurologique systématisée. Ces praticiens ajoutent que la posture anormale du membre supérieur droit n'est pas le fait d'une dystonie, que la conduction nerveuse du membre supérieur droit est sans particularité et que l'imagerie médullaire cervicale réalisée le 14 novembre 2006 n'a décelé aucune anomalie. Cela étant, ils retiennent que les symptômes douloureux, la posture anormale du bras droit, les troubles de la marche, les vertiges, les nausées et vraisemblablement également les troubles urinaires de l'assurée ont une origine fonctionnelle;

- Un rapport établi le 22 janvier 2009 par le Dr L._____ à l'attention du Tribunal d'arrondissement de [...], relevant notamment ce qui suit :

"10. Un trouble dissociatif de conversion mixte existait préalablement à l'accident, il était alors peu invalidant. La patiente a subi en 1997 un accident de la voie publique, avec un traumatisme cranio-cervical, dont elle avait complètement récupéré sur le plan fonctionnel, mais avec persistance de douleurs cervicales et sur la face externe du bras droit. Il y avait, lors de la consultation médicale du 29 septembre 2006[,] une mobilité complète de la nuque, mais douloureuse aux mouvements extrêmes. Il n'y avait pas de déficit de mobilité du bras et de la main et elle pouvait se mobiliser et travailler normalement.

11. L'accident a aggravé très sérieusement le problème des douleurs qui sont devenues immédiatement invalidantes et la patiente a perdu la complète mobilité de la nuque et de la main droite et a été affectée de vertiges, et de divers troubles dont elle se plaint encore actuellement, cela sans lésion traumatique objectivée. Ces troubles sont compatibles avec l'évolution défavorable des lésions initiales. L'évolution a été défavorable principalement du fait de la détérioration de l'affection psychiatrique, détérioration elle-même en lien direct avec l'accident. L'accident a provoqué une décompensation de l'affection psychiatrique (dépression, trouble dissociatif de conversion mixte et trouble somatoforme douloureux). En ce sens, les troubles sont dans une grande mesure dus à l'accident.

12. Sans la survenue de l'accident, il est très possible que la patiente ne présente qu'une très faible proportion de troubles actuels. Le trouble dissociatif de conversion mixte que la patiente

présentait préalablement à l'accident, bien que connu pour être une affection grave, est d'évolution tout à fait imprévisible, et aurait très bien pu rester non invalidant.

13. Une atteinte à la santé existait et aurait continué après l'accident, mais il n'y a à mon avis aucun élément avéré permettant de dire si l'atteinte à la santé se serait aggravée par rapport à la situation avant l'accident."

- Un rapport du 26 janvier 2009 des Drs G._____ et W._____ (médecin assistant au Département de psychiatrie du Centre hospitalier E._____), exposant que d'un point de vue psychiatrique, l'assurée présente depuis l'accident de 2006 une péjoration de sa santé, manifestée par la récurrence de ses troubles de conversion, le développement de douleurs chroniques, une rechute dépressive et l'aggravation de ses difficultés relationnelles et d'intégration relevant de son trouble de la personnalité (impulsivité, multiples conflits, désinsertion socioprofessionnelle) - aggravation s'inscrivant également dans le contexte d'importantes difficultés familiales. Les médecins relèvent que l'intéressée souffrait à l'évidence, avant l'accident de 2006, de troubles psychiatriques pouvant être qualifiés de moyens à sévères. Ils estiment qu'il est toutefois difficile de faire la part des choses concernant la symptomatologie et les séquelles dues exclusivement à l'accident de 2006, événement qui est venu péjorer une situation complexe plutôt qu'occasionner des troubles nouveaux. Ils ajoutent que l'aspect qui traduit le plus clairement l'impact probable de l'accident est l'activité professionnelle, qui s'est révélée impossible depuis 2006. Cela étant, les Drs G._____ et W._____ retiennent que, sur le plan psychiatrique, le tableau actuel n'est pas exclusivement dû à l'accident de novembre 2006, mais que celui-ci en a très probablement (avec une probabilité de 70% à 90%) aggravé l'intensité et les répercussions, notamment professionnelles. Ils observent qu'une atteinte à la santé aurait très vraisemblablement existé sans l'accident, bien qu'une évolution favorable en l'absence de cet accident, avec une résolution des troubles, ne puisse être absolument exclue. Enfin, ils mentionnent que l'on peut s'attendre à une péjoration graduelle, notamment avec le développement d'une quérulence liée au trouble de la personnalité, débouchant sur de nouvelles procédures et une fixation des douleurs.

Dans ses déterminations du 23 mars 2011, la N._____ Assurances maintient sa position, tout en estimant qu'il n'y a pas lieu de donner suite aux mesures d'instruction requises par la recourante.

b) Le dossier AI de l'assurée a été versé en cause à la requête de la juge instructeur.

L'intimée a pris position le 21 avril 2011, observant que les anamnèses et diagnostics ressortant du dossier AI correspondent à ceux pris en compte par l'expert H._____, dont l'appréciation doit ainsi être considérée comme pleinement probante. Pour le surplus, la N._____ Assurances relève que la documentation recueillie par l'OAI permet de retenir que la péjoration de l'état de santé de l'assurée est postérieure à la décision litigieuse du 26 novembre 2008.

Pour sa part, dans un écrit du 30 juin 2011, la recourante confirme sa position tout en insistant sur la dégradation de son état de santé et en réitérant ses requêtes visant à la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire/polydisciplinaire, et à l'appointement d'une audience. Elle produit de nouvelles pièces, parmi lesquelles figurent notamment :

- Un rapport du 23 février 2011 des Drs GG._____ et FF._____, respectivement médecin assistant et chef de clinique adjoint à l'Hôpital H._____ (site du [...]), se référant à une hospitalisation du 17 au 26 janvier 2011 en raison de douleurs cervicales et lombaires à gauche ainsi qu'au genou gauche apparues deux semaines auparavant, et diagnostiquant des cervicalgies gauches sur hernie cervicale;

- Un rapport d'IRM cervicale du 10 juin 2011 du Dr HH._____, radiologue, concluant à une petite hernie discale paramédiane gauche C5-C6 pouvant expliquer un syndrome irritatif de la racine C6 de ce côté;

- Un certificat médical du Dr F._____ du 22 février 2011, constatant des douleurs cervico-brachiales gauches suite à une

compression au niveau cervical, conséquence de l'accident de 2006 d'après l'avis du neurochirurgien et du radiologue de l'Hôpital du [...] [sic].

Dans ses observations du 24 août 2011, la N. _____ Assurances se réfère en substance à ses précédentes écritures.

c) Une audience d'instruction s'est tenue le 4 octobre 2011, au cours de laquelle l'assurée a versé au dossier de nouvelles pièces, dont les documents suivants :

- Un protocole opératoire du 20 juin 2011 rédigé par la Dresse AA. _____, spécialiste en neurochirurgie, dont il ressort que des blocs facettaires C5-C6 bilatéraux ont été effectués le même jour sur la personne de l'assurée;

- Un rapport du 19 juillet 2011 du Dr Z. _____, spécialiste en médecin interne et rhumatologie, constatant que l'assurée présente des douleurs ubiquitaires touchant tout le corps, ainsi que des rachialgies diffuses, fluctuantes et migrantes, associées à une capsule rétractile de l'épaule gauche avec schéma capsulaire important. Ce médecin précise que l'ensemble de la symptomatologie est à insérer dans le cadre d'une nette diminution du seuil de déclenchement à la douleur avec syndrome polyinsertionnel douloureux récurrent, le tout s'inscrivant également dans un contexte socio-psycho-familial chargé;

- Un compte-rendu du 12 août 2011 de la Dresse AA. _____, relevant que l'assurée souffre de cervicobrachialgies gauches sur hernie discale C5-C6 gauche transitoirement soulagées par une infiltration de Depomedrol, et excluant toute pathologie cervicale pour la période antérieure à l'accident.

d) Le 1^{er} décembre 2011, la juge instructeur a rejeté la requête d'expertise pluridisciplinaire de la recourante, considérant après réexamen du dossier que l'instruction était complète.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le cas présent, le recours a été formé en temps utile – compte tenu des feries de l'art. 38 al. 4 let. c LPGA – et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

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

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

b) En l'occurrence, est litigieuse la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident subi par l'assurée le 2 novembre 2006 et les troubles présentés par cette dernière après cet événement. Plus particulièrement, l'intimée soutient que la relation de causalité naturelle et adéquate ne peut être admise que pour une période de cinq mois après l'accident du 2 novembre 2006, tandis que la recourante estime que le lien de cause à effet perdure à ce jour et conclut de ce fait à l'octroi d'une rente d'invalidité de l'assurance-accidents ensuite de l'accident du 2 novembre 2006.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés; il suffit en effet que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'atteinte dommageable ne puisse pas être qualifiée d'accident et qu'elle doive être, le cas échéant, qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1; 122 V 230 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2). L'une de ces conditions, notamment, suppose qu'il existe, entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1).

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

en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 129 V 402 consid. 4.3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe au contraire d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

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

Ainsi, la première question à résoudre est celle de savoir si les caractéristiques d'un traumatisme de type "coup du lapin" ont été diagnostiquées dans le cas d'espèce. Le tableau clinique caractéristique retenu par la jurisprudence à ce propos fait état des plaintes suivantes :

maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et plaintes multiples. Par ailleurs, des douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références). Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359 consid. 4b; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58).

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

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a précité). Le juge peut accorder valeur probante aux rapports des médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références). Quant aux constatations émanant de médecins consultés par l'assuré, elles doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants peuvent

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

4. a) En l'occurrence, la recourante invoque avoir été victime d'un coup du lapin lors de l'accident du 2 novembre 2006. A ce propos, il est avéré qu'elle s'est plainte de douleurs à la tête et aux genoux immédiatement après cet événement, et que lors de son hospitalisation au Centre hospitalier E. _____ le jour même de l'accident, elle a signalé des douleurs à la nuque, au bassin et au sacrum. On notera également que dans son rapport du 12 mars 2007 relatif à l'hospitalisation survenue le 2 novembre 2006, le Dr T. _____ a mentionné une distorsion cervicale, une contusion du sacrum et une contusion du bassin. A cela s'ajoute que divers documents médicaux au dossier font expressément référence à un traumatisme de type coup du lapin ou whiplash. Ainsi, dans son rapport du 27 novembre 2006, la Dresse D. _____ a posé le diagnostic de cervico-brachialgies droites non déficitaires, trouble de la vue, cervicalgies et céphalées après traumatisme en hyperextension de la colonne cervicale de type whiplash le 2 novembre 2006; elle a en outre relevé que l'assurée signalait des troubles de l'équilibre et du sommeil, une vision floue, ainsi qu'un engourdissement de la lèvre inférieure. Pour sa part, la Dresse M. _____ a relevé, le 10 avril 2007, que l'intéressée souffrait notamment de cervico-brachialgies droites résiduelles après whiplash survenu lors de l'accident du 2 novembre 2006 - diagnostic confirmé par le Dr L. _____ dans un certificat médical du 4 mai 2007. De son côté, le Dr H. _____ a également retenu que l'événement du 2 novembre 2006 avait causé un traumatisme sous forme de coup du lapin ou whiplash (cf. rapport d'expertise du 27 décembre 2007 p. 15). Enfin, le diagnostic de whiplash a également été mentionné par le Dr F. _____ dans son écrit du 26 octobre 2010.

L'intimée ne conteste pas ce diagnostic. Elle considère en revanche, se fondant sur l'expertise du Dr H._____, que le lien de causalité naturelle entre les troubles de l'assurée et le traumatisme subi lors de l'accident du 2 novembre 2006 ne peut être admis que pour une période bien définie dans le temps, courant du jour de l'accident jusqu'à cinq mois après celui-ci. Ce point de vue est disputé par la recourante, qui estime que le lien de causalité naturelle perdure à ce jour. Cette question peut toutefois demeurer ouverte en l'occurrence, dans la mesure où, comme il sera démontré dans les considérants qui suivent, un rapport de causalité adéquate fait dans tous les cas défaut.

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

b) En cas d'atteinte à la santé physique, ce lien est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un événement dommageable et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc

traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement et des lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3).

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

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

Tous ces critères ne doivent toutefois pas être réunis pour que le lien de causalité adéquate soit admis. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les critères à prendre en considération devront se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques soit admis (ATF 129 V 402, consid. 4.4 ; 115 V 133, consid. 6c/aa ; 115 V 403, consid. 5c/aa); il a

été jugé que trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisaient pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C_321/2010 du 29 juin 2010, 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5 et 8C_421/2009 du 2 octobre 2009 consid. 5.8, avec références).

d) Dans les cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, auxquelles une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité, selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

aa) 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 – à la différence qu'il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359, consid. 6a ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407, consid. 3b) – avec néanmoins certaines modifications (ATF 134 V 109, consid. 10.3). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

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

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

6. a) A titre liminaire, il sied de rappeler que l'assurée a fait l'objet d'une expertise neurologique réalisée par le Dr H._____. Ce dernier a fait part de ses observations dans un rapport du 27 décembre 2007, complété les 23 juin et 1^{er} septembre 2008. Ces comptes-rendus ont été rédigés en pleine connaissance du dossier tel qu'il se présentait à l'époque, sur la base d'une anamnèse détaillée et en tenant compte des plaintes de l'assurée. En outre, le raisonnement de l'expert est dénué de contradictions, et ses conclusions sont claires et dûment motivées. Aussi l'évaluation du Dr H._____ doit-elle se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. consid. 3c supra), quand bien même ce médecin a tout d'abord été mandaté dans le cadre d'une enquête pénale puis par la P._____ Assurances, avant d'être interpellé par la N._____ Assurances.

A cela s'ajoute qu'aucun avis médical au dossier ne fait état d'éléments objectifs qui auraient été ignorés par le Dr H._____ (s'agissant de l'aggravation mentionnée par l'assurée dans le cadre de son recours : cf. consid. 6b/bb infra). Il en va notamment ainsi des constats émanant des Drs L._____, M._____ et F._____, ces derniers ayant fait part de leur propre appréciation sans pour autant évoquer d'éléments déterminants que l'expert H._____ aurait méconnus. En outre, il ne saurait être tenu compte du rapport d'expertise du 27 avril 2010 rédigé par la Dresse EE._____, au Portugal. Cette praticienne se limite en effet à exposer sa propre appréciation de la situation, sans étayer son point de vue par des éléments objectifs concrets dont l'expert n'aurait pas eu connaissance. Du reste, on ignore tout du domaine de spécialisation de la Dresse EE._____, celle-ci se prévalant uniquement du titre spécialiste en évaluation médico-légale, sans autre précision. Par ailleurs, on ne saurait se fonder sur les explications de ce médecin concernant le lien entre les troubles de l'assurée et l'accident du 2 novembre 2006 (cf. let. D.a supra), son raisonnement s'avérant pour le moins lapidaire et éluusif. Enfin, le rapport du 27 avril 2010 se réfère à un infarctus du myocarde en 2008, dont on ne trouve pourtant aucune trace parmi les pièces figurant au dossier - circonstance qui incite d'autant plus la Cour de céans à écarter ce compte-rendu.

b) Sur le plan somatique, les considérations suivantes s'imposent.

aa) Force est tout d'abord de constater qu'aucune atteinte organique n'a été mise en évidence à la suite de l'accident du 2 novembre 2006. A cet égard, on notera que le Dr T._____ a précisé que les lésions constatées lors de l'hospitalisation du 2 novembre 2006 - soit une distorsion cervicale et des contusions du sacrum et du bassin - ne devaient laisser aucune séquelle, et que les médecins du Centre hospitalier E._____ n'avaient établi aucun certificat d'incapacité de travail à la suite de cette hospitalisation (cf. rapport du 12 mars 2007). Quant aux examens pratiqués sur l'assurée juste après son accident (dont une IRM cervicale et cérébrale réalisée le 14 novembre 2006 [cf. avis de

sortie du Centre hospitalier E._____ du 29 novembre 2006] et un ENMG du membre supérieur droit évoqué par la Dresse D._____ [cf. rapport du 27 novembre 2006]), ils se sont révélés normaux. Les Drs V._____, R._____ et U._____ ont, pour leur part, constaté n'avoir trouvé aucune explication neurochirurgicale aux plaintes de l'assurée (cf. rapport du 29 novembre 2006). En outre, le 9 janvier 2007, le Dr L._____ a mentionné que l'assurée présentait divers symptômes fonctionnels dépourvus de substrat objectif. Au vu de ces éléments, le Dr H._____ a retenu que l'événement du 2 novembre 2006 avait entraîné une lésion bénigne, à tel point qu'aucun syndrome cervical aigu (avec limitation de la mobilité cervicale) n'avait été décrit lors de l'hospitalisation du même jour au Centre hospitalier E._____, mais uniquement des cervicalgies et des lombalgies, ainsi que des douleurs sacrées; il a également souligné qu'aucune incapacité de travail n'avait été admise à ce moment-là (cf. rapport du 27 décembre 2007 p. 15). Il a relevé que l'assurée avait certes subi une distorsion cervicale lors de l'accident du 2 novembre 2006, mais que son status neurologique était demeuré normal, et qu'elle n'avait pas présenté de paralysie ou de parésie, ni d'autres troubles à caractère neurologique, fonctionnels ou organiques (cf. rapport complémentaire du 23 juin 2008 p. 6). Par la suite, les neurologues du Centre hospitalier E._____ ont observé qu'un examen radiologique de la main et de l'avant-bras de l'assurée n'avait pas révélé de signes indirects pour un "complex regional pain syndrom", et qu'il n'y avait pas d'anomalie neurologique systématisée (cf. rapport des BB._____ et DD._____ du Centre hospitalier E._____ du 5 novembre 2008). Enfin, le Dr L._____ a confirmé l'absence de lésion traumatique objectivée, le 22 janvier 2009.

Nonobstant l'absence d'atteinte organique, le Dr H._____ a retenu que des cervico-brachialgies droites présentes avant le 2 novembre 2006 - consécutives à un précédent accident remontant à 1997 - avaient été aggravées par l'accident assuré quatre jours après la survenance de celui-ci, dans le contexte d'un mécanisme de conversion (cf. rapport du 27 décembre 2007 p. 16). Cela étant, l'expert a insisté sur le fait que les troubles qui rendaient l'assurée invalide à l'heure actuelle s'inscrivaient avant tout dans le cadre d'un syndrome de conversion (cf. ibid. et rapport

du 23 juin 2008 loc. cit.), soit d'une atteinte psychique. C'est également ce qui ressort des rapports des Drs M._____ (cf. rapports des 12 février, 10 avril et 12 avril 2007) et L._____ (cf. rapport du 22 janvier 2009).

bb) Sous un autre angle, l'assurée s'est prévaluée d'une détérioration de son état de santé après le dépôt de son recours (cf. écritures du 25 février 2011). Selon les pièces du dossier, elle s'est plainte de douleurs sur le côté gauche en janvier 2011 (cf. rapport des Drs GG._____ et FF._____ du 23 février 2011 p. 1) et s'est ensuite vu diagnostiquer une hernie discale C5-C6 (cf. rapport du Dr HH._____ du 11 juin 2011), avant d'être opérée en juin 2011 en raison de cette atteinte (cf. protocole opératoire du 20 juin 2011 et rapport du 12 août 2011 de la Dresse AA._____). Toutefois, rien au dossier ne permet d'établir que cette affection pourrait être due à l'accident du 2 novembre 2006. A ce propos, il est significatif de noter que les médecins consultés par l'intéressée ont fait référence à une «*nouvelle douleur*», respectivement à une «*nouvelle herniation*» (cf. rapport des Drs GG._____ et FF._____ du 23 février 2011). Pour le surplus, contrairement à ce qu'a affirmé le Dr F._____ dans son écrit du 22 février 2011, il n'existe au dossier aucun avis émanant d'un «*neurochirurgien et [d'un] radiologue de l'Hôpital du [...] à [...]*» confirmant que les douleurs cervico-brachiales gauches de l'assurée seraient dues à une compression cervicale conséquence de l'accident de 2006. Cela étant, force est de constater que ces éléments ne peuvent être pris en compte par l'autorité de céans pour examiner le bien-fondé de la décision attaquée.

cc) Partant, il résulte de la documentation médicale au dossier que le traumatisme subi par l'assurée le 2 novembre 2006 n'a laissé que peu de séquelles somatiques.

c) Il est en revanche avéré que la recourante souffrait de troubles psychiques non négligeables avant même son accident du 2 novembre 2006, et que ceux-ci ont été exacerbés à la suite de cet événement. En particulier, tous les praticiens interpellés à ce sujet ont unanimement fait état d'un trouble de conversion, remontant en tous les

cas à 2005 (voire même à 1997 selon le rapport des Drs G._____ et W._____ du 17 mars 2008); d'après le Dr O._____ du SMR, il s'agirait là de l'atteinte principale à la santé de la recourante (cf. rapport SMR du 23 mai 2008). En sus, ont été évoqués les diagnostics de trouble de la personnalité mixte à caractère borderline et histrionique, d'épisode dépressif moyen, ou encore de trouble somatoforme douloureux persistant (cf. rapports des Drs A._____ et Y._____ [du 22 mars 2007], des Drs G._____ et K._____ [des 26 octobre 2007 et 17 mars 2008], et des Drs G._____ et W._____ [du 26 janvier 2010]). C'est le lieu de rappeler ici, comme relevé au considérant 6b/aa ci-avant, que les Drs H._____, M._____ et L._____ ont considéré que les troubles psychiques de l'assurée étaient prépondérants par rapport aux séquelles somatiques laissées par l'événement du 2 novembre 2006. Par conséquent, on doit donc admettre que les troubles somatiques existants sont mis au second plan en raison d'un problème important de nature psychique.

Il convient dès lors d'appliquer au cas de la recourante la jurisprudence fédérale en matière de causalité adéquate concernant les troubles psychiques.

aa) Il s'impose, dans un premier temps, de déterminer le degré de gravité de l'accident du 2 novembre 2006, au regard de la jurisprudence en la matière. A ce propos, l'événement en question doit être situé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite inférieure de cette catégorie. Il faut en effet rappeler que le véhicule de la recourant n'a pas été heurté directement par la voiture de l'automobiliste fautif, n'a subi que peu de dégâts, et est demeuré en état de rouler. A cela s'ajoute que les deux autres conducteurs impliqués dans l'accident n'ont pas été blessés. Enfin, les lésions subies par la recourante n'ont pas présenté de gravité particulière. Sur ce point, force est de rappeler qu'elle a pu rentrer chez elle le jour même de l'accident et que les médecins n'ont pas attesté d'une incapacité de travail à sa sortie de l'hôpital. A titre d'exemple, on relèvera que, selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit

véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (cf. TF 8C_182/2009 du 8 décembre 2009).

bb) Il découle de cette qualification que les critères à prendre en considération pour pouvoir établir un lien de causalité adéquate entre l'accident du 2 novembre 2006 et les troubles psychiques de la recourante doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour qu'un tel lien puisse être admis. En l'espèce, la condition des circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est à l'évidence pas remplie. A cela s'ajoute que les lésions physiques causées par l'accident n'ont pas non plus été particulièrement graves : la recourante n'a en effet souffert - outre sa distorsion cervicale - que de contusions au bassin et au sacrum, sans complications. Du reste, la durée du traitement n'a pas été anormalement longue, sur le plan somatique. Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, ni de difficultés apparues au cours de la guérison des troubles physiques. Il apparaît certes que l'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle après son accident; toutefois, l'influence des atteintes non-organiques (en particulier des troubles psychiques) sur la capacité de travail de l'intéressée doit être considérée comme largement prépondérante par rapport aux effets des lésions physiques, lesquelles n'ont en tant que telles pas entraîné d'incapacité de travail. Quant au critère des douleurs physiques persistantes (pour les cervico-brachialgies), il ne revêt pas une intensité telle qu'il faille le prendre en considération s'il était avéré.

cc) A l'aune de ce qui précède, il appert que tout au plus un seul critère s'avère réalisé en l'espèce, sans toutefois l'être de manière particulièrement intense. Dans ces conditions, la N._____ Assurances était donc fondée à nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident du 2 novembre 2006 et les atteintes à la santé de la recourante, après une période de cinq mois dès l'accident, cela en référence à l'avis de l'expert H._____, selon lequel l'état de la patiente

n'était plus en relation de causalité avec l'accident du 2 novembre 2006 à partir du début du cinquième mois post-traumatique (cf. rapport complémentaire du 23 juin 2008 p. 8 s., et écrit du 1^{er} septembre 2008).

d) Au demeurant, la recourante ne saurait se prévaloir de la rente d'invalidité versée par l'OAI avec effet au 1^{er} novembre 2007 (cf. mémoire de recours du 16 janvier 2009 p. 13). En effet, les notions de causalité naturelle et adéquate propres à l'assurance-accidents sont étrangères à l'assurance-invalidité.

7. Il sied encore de rappeler que la demande d'expertise multidisciplinaire de l'assurée a été rejetée par la juge instructeur en date du 1^{er} décembre 2011, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves; ATF 122 II 464 consid. 4a, TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2, TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Pour les mêmes motifs, il convient également de ne pas donner suite à la requête de l'intéressée tendant à la mise en œuvre d'une IRM cérébrale au moyen d'un appareil 3 Tesla.

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 26 novembre 2008 confirmée.

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

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

- I.** Le recours déposé le 16 janvier 2009 par Q. _____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 novembre 2008 par la N. _____ Assurances est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Pierre Seidler (pour la recourante),
- Me Christian Grosjean (pour l'intimée),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt est également communiqué, par courrier électronique, au Service juridique et législatif.

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

La greffière :