

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 août 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Bonard, assesseur
Greffier : M. Germond

Cause pendante entre :

S._____, à Gland, recourante, représentée par Me Jean-Michel Duc,
avocat à Lausanne,

et

T._____, à Lausanne, intimée.

Art. 6 LAA; 11 OLAA

E n f a i t :

A. S._____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en 1970, mère de deux enfants nés en 2000 et 2004, a été victime le 12 juin 2005 d'un accident non professionnel: voulant traverser la route [...] à [...], elle a été heurtée par un automobiliste pris de boisson et projetée à quelque treize mètres. L'assurée travaillait alors en qualité de conseillère en publicité à mi-temps.

L'assurée a d'abord été transportée à l'Hôpital de [...] puis en raison de douleurs aiguës à la palpation dorso-lombaire et de trois épisodes de perte de connaissance, selon rapport initial LAA complété le 14 juin 2005, elle a été transférée au service d'orthopédie/traumatologie du Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) où elle a séjourné du 12 juin au 24 juin 2005. Selon un rapport médical du 19 juillet 2005, la Dresse Q._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, de l'Hôpital orthopédique de [...], a posé les diagnostics suivants:

- "• Fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4.
- Fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
- Contusion occipitale.
- Contusion et hématome de la fesse droite."

Le 19 août 2005, le Dr F._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a notamment posé le diagnostic de cupulolithiase post-traumatique gauche en voie de résolution spontanée.

Le 5 octobre 2005, le Dr Z._____, médecin adjoint, et la Dresse M._____, médecin-assistante, du Département de psychiatrie du CHUV, ont établi un rapport médical posant le diagnostic de réaction aiguë à un facteur de stress important (F43.0). Ces médecins ont expliqué que l'assurée avait déclaré avoir été très choquée par l'accident d'autant plus mal vécu qu'il survenait dans un moment difficile pour elle. Il avait donc été convenu d'un soutien psychiatrique de courte durée pour surmonter le choc de l'accident et aider l'assurée à traverser cette période difficile. Cette décision avait été prise au terme d'un entretien du 15 juin 2005.

Le 10 octobre 2005, la Dresse Q._____ a établi un rapport médical intermédiaire LAA dans lequel les diagnostics suivants ont été posés:

- "• Accident de la voie publique le 12.06.2005 avec:
 - Contusion occipitale et phénomène de Whiplash.
 - Fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4.
 - Fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
 - Contusion de la fesse droite.
- Douleurs cervicales et céphalées persistantes post-traumatiques.
- Vertiges post-traumatiques.
- Etat dépressif réactionnel."

La Dresse Q._____ était d'avis qu'il était à craindre que des douleurs cervicales, des troubles fonctionnels, des vertiges, des troubles de l'équilibre, ainsi que des troubles de la concentration deviennent permanents. A suivre ce médecin, il n'y avait pas de circonstances sans rapport avec l'accident qui jouaient un rôle.

Le 12 décembre 2005, la Dresse Q._____ a établi un certificat médical selon lequel l'assurée pouvait reprendre son travail à 50 % de son taux habituel de 50 %, soit deux heures par jour à partir du 14 décembre 2005 jusqu'au 24 janvier 2006, date du prochain contrôle.

Le même jour, la Dresse Q._____ a adressé un rapport médical au médecin-conseil de l'assureur-accidents (T._____ SA, ci-après: T._____ ou l'intimée). Les diagnostics posés étaient les suivants:

- "• Troubles neuropsychologiques (à confirmer par un examen neuropsychologique) post-contusion occipitale et phénomène de whiplash.
- Status post-fracture des apophyses transverses à droite L2, L3 et L4.
- Status post-fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
- Contusion de la fesse droite.
- Vertiges post-traumatiques.
- Etat dépressif réactionnel en rémission."

S'agissant des problèmes ostéo-articulaires, la Dresse Q._____ décrivait un examen clinique pauvre qui correspondait à l'évolution favorable sur le plan subjectif. Le pronostic était bon. Quant aux problèmes neuropsychologiques qui étaient présents et qui gênaient

beaucoup la patiente, ils devaient être investigués dans le service de neuropsychologie du CHUV. Sur le plan psychique, il existait une atteinte en ce sens qu'initialement, il y avait eu un état dépressif réactionnel mais la situation semblait être améliorée. La capacité de travail de l'assurée était surtout limitée par des problèmes neuropsychologiques soit des troubles de la concentration, des troubles de mémoire et une importante fatigabilité psychologique. L'état de santé actuel permettait une reprise progressive du travail avec un maximum de deux heures par jour, ce qui représentait 25 % d'une capacité totale ou 50 % du taux de travail habituel de 50 % de l'assurée. L'état de la patiente ne lui permettait pas des activités requérant de soulever ou porter des charges, d'effectuer des mouvements répétitifs avec la nuque ni de travailler en zone haute avec la nuque en hyper extension. La Dresse Q._____ considérait que l'assurée avait pratiquement récupéré sur le plan ostéo-articulaire mais que cependant, les problèmes neuropsychologiques étaient encore présents.

Le 15 décembre 2005, le Dr Z._____ et la Dresse M._____ ont indiqué qu'ils s'étaient essentiellement assurés de la diminution des symptômes se rapportant à la réaction aiguë à un facteur de stress. En fin de traitement, si quelques symptômes de la lignée anxio-dépressive étaient encore présents, l'évolution globale de la thymie était apparue suffisamment bonne aux médecins pour mettre un terme à leur prise en charge. Lors d'une séance du 29 août 2005, il avait été évoqué avec l'assurée la possibilité de poursuivre un suivi psychothérapeutique dans le privé.

Dans un rapport médical du 19 août 2005, le Dr F._____ a posé les diagnostics suivants:

- "- Cupulolithiase post-traumatique gauche en voie de résolution spontanée.
- Status après AVP [accident sur la voie publique] survenu le 12.06.05 avec fractures des apophyses transverses lombaires, de la tête du péroné droit et contusions de la fesse droite et occipitale."

Au terme d'un rapport médical intermédiaire du même médecin du 4 janvier 2006, il était décrit une évolution favorable compte tenu d'une part de l'absence de vertiges depuis août 2005 et d'autre part, de la fin du traitement depuis le 25 août 2005.

Le 25 janvier 2006, le Dr C._____, chef de clinique et le Dr A._____, médecin-assistant à l'Hôpital psychiatrique de [...], ont établi un rapport médical à teneur duquel l'assurée bénéficiait depuis le début du mois de janvier 2006, d'un soutien psychothérapeutique dont le but était de "lui permettre d'aller de l'avant malgré les difficultés rencontrées au cours de l'année 2005". Ces spécialistes retenaient le diagnostic de trouble de l'adaptation avec une réaction dépressive prolongée d'intensité légère à moyenne (F43.21). Il ressortait en particulier de ce rapport que l'assurée était connue pour un antécédent d'épisode dépressif à l'âge de vingt-deux ans.

Selon un certificat médical du 28 février 2006, la Dresse Q._____ attestait d'une reprise du travail de l'assurée à son taux habituel de 50 % dès le 1^{er} mars 2006, l'incapacité de travail ayant été totale jusqu'au 13 décembre 2005 puis de 50 %.

Le 28 février 2006 également, la Dresse Q._____ a établi un rapport médical posant les diagnostics suivants:

- "• Troubles neuropsychologiques sous forme de troubles mnésiques séquellaires post-traumatiques.
- Status après contusion occipitale et whiplash.
- Status après fracture des apophyses transverses à droite L2, L3 et L4.
- Status après fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
- Contusion de la fesse droite.
- Etat dépressif réactionnel en rémission."

La Dresse Q._____ expliquait que l'assurée pouvait remplir ses obligations professionnelles dans les mêmes conditions qu'antérieurement à l'accident dès le 1^{er} mars 2006. Etais joint à ce rapport, le compte-rendu d'un examen neuropsychologique du 7 février 2006 dont les conclusions étaient les suivantes:

"Conclusions: cet examen met en évidence des troubles mnésiques antérogrades en modalité visuo-spatiale (condition d'apprentissage et de récupération différée) et un ralentissement modéré à une épreuve langagière dans le cadre d'un examen par ailleurs dans les normes chez une patiente exprimant des plaintes de type post-traumatique. [...]"

Dans un rapport médical du 23 mars 2006, les Drs C. _____ et A. _____ ont confirmé le diagnostic précédemment posé. Ils expliquaient que l'assurée leur avait été envoyée au mois de janvier 2006 en raison de difficultés psychiques rencontrées suite à des bouleversements survenus dans sa vie privée plusieurs mois auparavant. Elle présentait ainsi une réaction dépressive d'intensité légère à moyenne, exacerbée par un accident de la voie publique.

Ces mêmes médecins ont indiqué, le 15 juin 2006, que la patiente n'avait plus été revue depuis le 24 février 2006.

Le 21 juin 2006, la Dresse Q. _____ a établi un nouveau rapport selon lequel sur le plan psychiatrique, le pronostic était tout à fait favorable. Il en allait de même sur le plan somatique.

Le 18 octobre 2006, la Dresse Q. _____ a écrit que la patiente s'était plainte les dernières semaines, de douleurs cervicales et interscapulaires ainsi que d'un important état de fatigue et de difficultés à assumer ses activités ainsi que de troubles de la concentration. La Dresse Q. _____ posait le diagnostic de syndrome douloureux chronique, de type fibromyalgie, post-choc traumatique. L'état de santé était compatible avec l'activité habituelle à un taux contractuel de 50 %.

Le 18 décembre 2006, la Dresse Q. _____ a constaté qu'après une évolution relativement favorable et une reprise de l'activité professionnelle, on assistait depuis le mois de septembre 2006 à une récurrence douloureuse. Elle indiquait que des points de fibromyalgie (8 par rapport à 14 lors d'une précédente consultation de septembre 2006) étaient présents.

A teneur d'un nouveau rapport médical du 13 mars 2007, la Dresse Q._____ a exposé que la situation restait instable avec une évolution qui variait tant sur le plan physique que psychologique. Elle posait les diagnostics suivants:

- "• Douleurs cervicales et lombaires avec limitation fonctionnelle modérée, résiduelle post-accident de la voie publique en juin 2005.
- Discrets troubles neuropsychologiques post-traumatiques."

La Dresse Q._____ précisait encore que l'on ne pouvait pas parler d'une atteinte psychique à proprement dit, les troubles dépressifs constatés dans les suites immédiates de l'accident ayant disparu.

Dans un rapport médical du 18 juin 2007, la Dresse Q._____ a posé les diagnostics suivants:

- "• Syndrome douloureux chronique post-accident de la voie publique survenu le 12.06.2005, provoquant:
 - Fracture des apophyses transverses droites L2, L3 et L4.
 - Fracture de la tête du péroné à droite non déplacée.
 - Contusion occipitale.
 - Contusion de la fesse droite.
 - Douleurs cervicales et céphalées persistantes post-traumatiques.
 - Vertiges post-traumatiques.
 - Troubles mnésiques post-traumatiques.
 - Très probables troubles de la personnalité (borderline?) accentués par les suites du traumatisme."

De l'avis de la Dresse Q._____, l'état de santé de l'assurée s'améliorait. L'activité exercée jusqu'alors était encore exigible mais il y avait une diminution de rendement. En outre, toute activité de bureau pouvait être exercée.

A la requête de l'assurance-accidents, l'assurée a été soumise à une expertise psychiatrique réalisée au Département ad hoc des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) par le Dr P._____, spécialiste en psychiatrie-psychothérapie et médecin adjoint, dont le rapport d'expertise date du 9 juillet 2007. Il en résulte que l'expertisée ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique. Elle n'avait pas besoin de soutien

psychologique mais un tel soutien pourrait être nécessaire à l'avenir, en fonction de l'évolution du syndrome douloureux chronique ou si un véritable état dépressif venait à se déclarer.

Une expertise neurologique a également été exécutée auprès des HUG par le Prof. E. _____, médecin adjoint, et la Dresse I. _____, médecin interniste, dont le rapport date du 12 novembre 2007. Selon ces médecins, l'assurée présentait des troubles neuropsychologiques qui semblaient stables depuis la première évaluation neuropsychologique en janvier 2006. En revanche, les experts ne retenaient aucune pathologie psychiatrique hormis une réaction dépressive post-traumatique qui n'était plus retrouvée lors de l'expertise. Les troubles constatés étaient actuellement stabilisés mais limitaient l'assurée dans son activité professionnelle avec responsabilité surtout en raison des troubles neuropsychologiques. L'assurée avait atteint une stabilité dans les troubles neuropsychologiques et ses douleurs dorso-lombaires depuis février 2006. Une amélioration notable n'était plus envisageable. Selon les experts, vu les affections neuropsychologiques qui touchaient spécialement la concentration et l'attention mais aussi les capacités phasiques, une activité professionnelle avec moins de responsabilité était nécessaire. De l'avis des experts, il fallait s'attendre à une diminution de rendement de 25 %. L'activité de conseillère en publicité était mal adaptée à la capacité de l'assurée.

Etait joint à cette expertise, un compte-rendu d'un examen neuropsychologique du 8 octobre 2007 dont la conclusion était la suivante:

"Sur le plan psycho-social, les activités professionnelles sollicitant des capacités attentionnelles sur une longue durée, ou nécessitant des prises de décision, des aptitudes de flexibilité mentale, peuvent être altérées par les troubles mis en évidence. Par ailleurs, bien que l'on ne relève pas de signe positif d'aphasie, le manque du mot mis en évidence est significatif et peut affecter les performances de la patiente dans l'élaboration de son discours et dans la rédaction de textes, notamment dans les situations auxquelles elle est soumise à un certain niveau de stress."

Le 13 février 2008, le Dr N._____, spécialiste en anesthésiologie, a écrit au Dr G._____ que l'assurée était en traitement chez lui pour des douleurs intolérables du rachis, du bassin et du sacrum ainsi que des troubles de coordination.

Sur interpellation de l'assurance-accidents, le Prof. E._____ et la Dresse I._____ ont indiqué le 5 mai 2008 que l'assurée pouvait sur le plan neurologique avoir une activité de 100 % mais avec une baisse de rendement de 25 %. Ils ont indiqué que cette baisse de rendement serait présente dans d'autres activités car le léger ralentissement dans le traitement de l'information et les difficultés exécutives ont des conséquences qui se retrouvent dans la plupart des activités.

Le 7 mai 2008, le conseil de l'assurée a adressé à l'assurance un mail de sa cliente par lequel celle-ci l'informait de «plusieurs pertes de connaissances (syncopes ou crises d'épilepsie dues à mon accident)». Elle demandait la prise en charge de la thérapie de la douleur prodiguée et disait également refuser que son assurance maladie paie pour son accident («psy, Dr. W._____, Physio, thérapie neurale et l'aide au ménage»).

Selon une notice d'entretien téléphonique du 17 juin 2008, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne, endocrinologie-diabétologie et médecin traitant, a indiqué que l'assurée s'était évanouie lorsqu'elle se trouvait chez sa dermatologue et qu'elle aurait fait une crise hypothermique. La dermatologue lui aurait parlé d'épilepsie et depuis lors, l'assurée aurait été axée là-dessus. L'examen neurologique pratiqué par le médecin était normal et il n'y avait pas d'élément en faveur d'une épilepsie.

Le 19 juin 2008, le Dresse O._____, du Service Médical Régional (SMR) de l'AI, a établi un rapport d'examen indiquant que la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dans l'activité habituelle et de 75 % dans une activité adaptée. Elle posait les limitations fonctionnelles suivantes: ralentissement psychomoteur global, fluctuations

attentionnelles, difficultés dans la rédaction de textes, performances limites de la mémoire et de l'apprentissage, pas de sollicitations extrêmes du rachis.

Le 21 juin 2008, le Dr W._____ a écrit à la T._____ qu'une IRM pratiquée le 8 mai 2008 était normale. Le rapport de la radiologue du 9 mai 2008 concluait effectivement à une IRM cérébrale actuellement d'aspect normal, sans argument morphologique pouvant expliquer la symptomatologie de la patiente.

Dans un courrier médical du 26 juin 2008, le Prof. E._____ a notamment écrit ce qui suit:

"2. Concernant les pertes de connaissance qu'elle décrit: des crises d'épilepsie suite à un traumatisme crânien mineur sont inhabituelles et ne rentrent pas dans la causalité naturelle en premier abord, sauf s'il y a un foyer à l'EEG, compatible avec les mécanismes du traumatisme. On peut envisager une causalité, si les syncopes font suite à des vertiges sur cupulolithiase, qui est reconnue comme post-traumatique. Il ne me semble pas que ce soit le cas ici. En résumé, si l'EEG est normal, je ne mettrai pas une causalité naturelle (à reconsidérer après diagnostic)."

Par jugement du 30 juin 2008 du Président du Tribunal d'arrondissement de [...], le divorce de l'assurée d'avec son ex-époux a été prononcé.

Une nouvelle expertise a été ordonnée, le 11 juin 2008, par la T._____ auprès du Département de chirurgie des HUG, Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur.

Le 16 juin 2008, le conseil de la recourante s'est adressé en ces termes à l'expert désigné:

"[...]"

3. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2007, le Dr P._____ a exclu l'existence de facteur étranger susceptible d'influencer le processus de guérison, bien au contraire, il a constaté que Mme S._____ était une «battante» comme l'ont démontré les diverses épreuves qu'elle a traversées. Ce spécialiste a enfin conclu qu'il n'y avait pas de troubles psychiatriques."

Dans un rapport médical reçu le 21 octobre 2008 par la T._____, la Dresse D._____, spécialiste en psychothérapie, a notamment indiqué sous la rubrique «3. Constatations et diagnostics exacts?», «Z60.0 Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie».

Le 20 novembre 2008, l'assurée a été examinée par la Dresse U._____. Dans un rapport d'expertise médicale du 10 juin 2009, contresigné par le Dr V._____, chef de clinique du Service de chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil moteur des HUG, les diagnostics suivants ont été posés:

- "- Syndrome douloureux chronique lié à des troubles fonctionnels du rachis cervical et dorsolombaire. Diminution des amplitudes articulaires aux étages cervical et thoracique.
- Coccodynie idiopathique.
- Pincement articulaire lombaire L4-L5.
- Suspicion de canal lombaire étroit constitutif.
- Troubles neuropsychologiques post contusion occipitale et phénomène de whiplash.
- Status post traumatisme crânien.
- Status post fracture des apophyses transverses L2, L3 et L4 droites.
- Status post fracture de la tête de la fibula droite non déplacée.
- Status post contusion de la fesse droite.
- Status post vertiges post traumatiques.
- Status post état dépressif réactionnel.
- Status post cupulolithiase post traumatique gauche.
- Status post maladie de Scheuermann (anamnestique).
- Scoliose dans l'enfance (anamnestique).
- Un status post deux épisodes dépressifs à l'âge de 22 ans et au début de l'année 2005.
- Status post deux accouchements par césariennes.
- Status post 2 GEU avec salpingectomie unilatérale.
- Status post laparoscopie pour ablation de kyste ovarien et adhésiolyse.
- Status post IVG par curetage."

Selon les experts des HUG, la capacité de travail de l'assurée était de 50 %. Son état de santé actuel ne permettait pas de station assise prolongée ni d'efforts physiques importants. Les troubles fonctionnels du rachis étaient associés à une fatigabilité dont il était difficile de distinguer la part due aux affections de l'appareil locomoteur de celle attribuable aux troubles de la concentration et de la mémoire. Sur le plan orthopédique cependant, le pronostic restait favorable avec une reprise attendue des

capacités fonctionnelles posturales dans un horizon de quelques mois avec un traitement adapté.

Il ressort également ce qui suit de ce rapport d'expertise orthopédique:

"8.2 Les syncopes signalées par l'assurée sont-elles dues uniquement ou partiellement à l'accident du 12 juin 2005?

Cette question n'entre pas dans le domaine de compétences de l'orthopédie à proprement parler et ressort davantage des domaines de médecine interne, de neurologie ou d'ORL. L'anamnèse parle en faveur de syncopes hypotensives ou situationnelles pour lesquels il n'existe pas de lien évident avec l'accident, dans les limites de notre connaissance.

Par ailleurs, des épisodes d'hyperventilation avec troubles de la calcémie consécutifs seraient compatibles avec les dysesthésies intéressant les extrémités ainsi que l'impression de spasme labial."

Le 24 octobre 2008, la T. _____ a écrit au conseil de l'assurée en relevant que selon l'expertise psychiatrique effectuée à l'Hôpital universitaire de Genève, l'assurée ne souffrait d'aucun trouble psychiatrique, qu'elle n'avait pas besoin d'un soutien psychologique et qu'il n'y avait pas de trouble spécifiquement psychiatrique affectant sa capacité de travail. L'assureur-accidents relevait encore que par son courrier du 8 avril 2008, l'assurée, par son conseil, avait pris position en acceptant la prise en charge du traitement de physiothérapie mais n'avait émis aucune remarque concernant un éventuel traitement psychiatrique. Elle signalait aussi que dans son courrier du 16 juin 2008 aux HUG, le conseil de l'assurée écrivait que le Dr P. _____ avait conclu à l'absence de troubles psychiatriques. Elle en concluait que le traitement suivi par l'assurée n'était pas en lien de causalité avec l'accident.

Le 2 décembre 2008, la T. _____ a écrit ce qui suit au conseil de l'assurée:

"Aussi, nous constatons que vous contestez tous nos propos sans apporter la preuve qu'une relation de causalité naturelle et adéquate existerait entre l'événement accidentel et les atteintes psychologique et épileptique.

A. Traitement psychologique

En ce qui concerne le traitement psychologique, nous pouvons vous rappeler les faits suivants. Lors de notre entretien téléphonique du 18 avril 2007 faisant suite à votre refus de pratiquer une expertise à la Clinique [...] comportant les volets orthopédique, neurologique et psychiatrique, vous avez clairement affirmé qu'un volet psychiatrique n'était pas nécessaire vu que Mme S. _____ ne souffrait d'aucun problème psychiatrique. Par ailleurs, l'expertise psychiatrique du Département de psychiatrie de l'Hôpital Universitaire de Genève du 9 juillet 2007 a conclu que votre mandante ne souffre d'aucun trouble psychiatrique, qu'elle n'a pas besoin d'un soutien psychologique et qu'il n'y a pas de troubles spécifiquement psychiatriques affectant sa capacité de travail. En outre, dans votre courrier du 16 juin 2008 à l'attention du Prof. [...] au point 3, vous avez écrit: *«dans son rapport d'expertise psychiatrique du 9 juillet 2007, le Dr P. _____ a exclu l'existence de facteur étranger susceptible d'influencer le processus de guérison, bien au contraire, il a constaté que Mme S. _____ était une «battante » comme l'ont démontré les divers épreuves qu'elle a traversées. Ce spécialiste a enfin conclu qu'il n'y avait pas de troubles psychiatriques».*

Enfin, le traitement de psychothérapie n'a débuté que le 3 juillet 2008 auprès du Dr D. _____, soit 3 ans après l'accident. Cette dernière a constaté des difficultés chez Mme S. _____ à s'adapter à une nouvelle étape de la vie.

Sur la base de ces éléments, force est de constater qu'un lien de causalité naturelle n'est pas établi entre les troubles psychiatriques et l'événement du 12 juin 2005. Partant, une appréciation de la causalité adéquate n'est pas nécessaire, cette dernière étant de toute manière et selon toute vraisemblance pas donnée.

B. Eventuel traitement épileptique

Le Dr W. _____ a expliqué que lorsque Mme S. _____ se trouvait chez la dermatologue, elle s'est évanouie. C'est la dermatologue qui lui aurait parlé d'épilepsie. Il s'agirait en fait d'une crise hypothermique. L'examen IRM effectué en date du 8 mai 2008 suite à cette suspicion de l'assurée s'est avéré par ailleurs normal.

De plus, selon les informations obtenues du Prof. E. _____, le traitement effectué chez le Dr W. _____ n'a actuellement pas de lien de causalité avec l'événement du 12 juin 2005.

Ces examens ont en aucun cas été mis en oeuvre en rapport avec l'accident. Mme S. _____ n'a jamais été victime d'épilepsie, elle s'est simplement évanouie.

Par conséquent, vous comprendrez aisément au vu de ce qui précède que les traitements précités ne relèvent pas de notre compétence."

Le 16 mars 2009, après quelques échanges de correspondances sur la prise en charge des traitements psychiatriques et liés à l'épilepsie, la T. _____ a rendu une décision niant l'existence d'un

lien de causalité naturelle entre l'accident survenu et le traitement psychologique; elle a aussi constaté que le diagnostic d'épilepsie n'était pas établi.

L'assurée a formé opposition, le 19 mars 2009, contre la décision précitée. Sa caisse maladie (R._____) a également formé opposition, le 26 mars 2009, à titre provisoire.

Le 13 mai 2009, l'assureur-maladie a informé la T._____ qu'elle prendrait en charge les frais liés à l'IRM du 8 avril 2008 ainsi que les factures du traitement débuté le 3 juillet 2008 auprès de la Dresse D._____ (psychologue).

Par décision sur opposition du 3 juin 2009, la T._____ a rejeté l'opposition de l'assurée.

B. Par acte du 16 juin 2009, S._____, représentée par Me Duc, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant à la réforme de la décision sur opposition précitée en ce sens que T._____ soit condamnée à prendre en charge d'une part, le traitement psychologique dès le 3 juillet 2008 et d'autre part, les examens médicaux consécutifs à la suspicion d'épilepsie en rapport avec l'accident.

Par réponse du 13 août 2009, la T._____ a conclu au rejet du recours

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours

(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).

b) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 3 juin 2009, à refuser à la recourante la prise en charge des frais du traitement psychologique débuté le 3 juillet 2008 auprès de la Dresse D. _____ et ceux des examens médicaux relatifs à l'évanouissement / suspicion d'épilepsie survenu chez la dermatologue de la recourante au motif que ces atteintes à la santé sont sans lien de causalité, au moins vraisemblable, avec l'accident de la voie publique du 12 juin 2005.

3. a) L'art. 6 al. 1 LAA prévoit que les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est

réalisée 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. 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3; TF 8C_858/2008 arrêt du 14 août 2009, consid. 3).

Si 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*; RAMA 1992 no U 142 p. 75 consid. 4b; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865). 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 événement (raisonnement «*post hoc ergo propter hoc*»; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 s., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré.

b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de

rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008, consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008, consid. 2 et 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 2.2 et la référence citée).

4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3).

b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. 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, consid. 5.1).

5. a) En l'espèce, s'agissant de la suspicion d'épilepsie, force est de constater qu'aucun médecin consulté n'a posé ce diagnostic. L'ensemble des examens pratiqués à ce jour, en particulier l'IRM effectuée le 8 mai 2008, ne permettent pas d'expliquer objectivement la symptomatologie de la recourante. Selon les dires de la recourante à ce sujet au Dr W._____, la suspicion d'épilepsie aurait été évoquée par la dermatologue chez laquelle l'assurée s'est évanouie (cf. notice d'entretien téléphonique du 17 juin 2008 de la T._____ avec le Dr W._____). L'absence de fondement objectif de ces pertes de connaissance dans le sens de crises d'épilepsie a par ailleurs été confirmée par le Prof. E._____ dans son courrier médical du 26 juin 2008. Les Drs U._____ et V._____ ont également indiqué que l'anamnèse parle en faveur de syncopes hypotensives ou situationnelles pour lesquelles il n'existe aucun lien évident avec l'accident (cf. P. 5 du rapport d'expertise du 10 juin 2009 des médecins prénommés des HUG). Dans ces circonstances, la cour de céans ne voit pas que l'on puisse admettre, à l'aune du principe de la vraisemblance prépondérante applicable en l'espèce, un quelconque lien de causalité entre l'accident survenu le 12 juin 2005 et l'affection d'épilepsie rapportée par la recourante de sorte que son recours doit être rejeté sur ce point.

b) En ce qui concerne le suivi psychologique mis en œuvre en juillet 2008 auprès de la Dresse D._____, il n'est pas contesté par les parties que juste après l'accident, la recourante a développé un état dépressif. Il est cependant de fait que cet état s'est rapidement amendé (cf. rapport médical du 12 décembre 2005 de la Dresse Q._____, indications du 15 décembre 2005 des Drs Z._____ et M._____ ainsi que le complément d'informations fourni le 15 juin 2006 par les Drs C._____ et A._____). Ainsi le Prof. E._____ et la Dresse I._____ des HUG n'ont pas retenu, au terme de leur rapport d'expertise du 12

novembre 2007, de pathologie psychiatrique affectant l'assurée excepté une réaction dépressive post-traumatique qui n'était alors plus retrouvée (cf. P. 5 dudit rapport d'expertise du Prof. E._____ et de la Dresse I._____). Si l'assurée a certes bénéficié d'un soutien psychothérapeutique au début du mois de janvier 2006 à l'Hôpital psychiatrique de [...], cette mesure a uniquement été mise en œuvre en raison de difficultés psychiques ensuite de bouleversements survenus dans la vie privée de la recourante plusieurs mois auparavant, la réaction dépressive en découlant étant exacerbée par l'accident (cf. rapports médicaux des 25 janvier et 23 mars 2006 des Drs C._____ et A._____). Celui-ci n'apparaît dès lors pas comme étant la cause primaire et exclusive de cet état dépressif.

Sous la rubrique «constatations et diagnostics exacts» de son rapport reçu le 21 octobre 2008 par l'intimée, la Dresse D._____ indique comme diagnostic «Z60.0 Difficultés d'adaptation à une nouvelle étape de la vie». Or, à l'époque du début de la thérapie en question, en juillet 2008, plus de trois ans après l'accident, la recourante venait de divorcer. Dans ses écritures ultérieures, la psychologue affirmait que les consultations étaient en relation avec l'accident. Cela étant, compte tenu de l'écoulement du temps sans diagnostic psychiatrique, il ne paraît pas envisageable de retenir l'existence d'une causalité naturelle entre l'accident et le traitement suivi par la recourante. Ainsi que le relève à juste titre l'intimée, il est d'ailleurs étonnant qu'en juin 2008, l'assurée, par son conseil, se prévaut de l'absence de trouble psychiatrique auprès de l'expert rhumatologue des HUG susceptible d'influencer le processus de guérison pour consulter au début juillet 2008 en raison de troubles liés à l'accident datant de juin 2005.

Il n'est en définitive pas établi, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre le suivi psychologique auprès de la Dresse D._____ en juillet 2008 et l'accident survenu le 12 juin 2005.

6. En conséquence, mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition rendue le 3 juin 2009 par l'intimée confirmée.

Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I.** Le recours déposé le 16 juin 2009 par S. _____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 3 juin 2009 par T. _____ SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Me Duc (pour S. _____),
- T. _____ SA,
- Office fédéral de la santé publique (OFSP),

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 :