

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 8 novembre 2010

Présidence de M. ABRECHT
Juges : M. Bonard et Mme Férolles, assesseurs
Greffière : Mme Favre

Cause pendante entre :

X. _____, à Nyon, recourante, représentée par Me Anne-Sylvie Dupont,
avocate à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA; art. 6 al.1 LAA

E n f a i t :

A. a) Le 25 octobre 2007, X. _____ (ci-après: l'assurée), née le 12 août 1970, nettoyeuse et assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: SUVA), a été victime d'un accident de la circulation. Alors qu'elle roulait sur l'autoroute au volant d'un véhicule appartenant à l'entreprise qui l'employait et en compagnie d'une collègue de travail, elle a perdu la maîtrise de son véhicule en raison d'une crevaison de son pneu avant droit; le véhicule a escaladé le talus séparant l'autoroute de la voie de sortie de la jonction de Rolle, où il a effectué plusieurs tonneaux, avant de s'immobiliser sur le toit. Il n'y a pas eu d'autres véhicules impliqués. L'assurée a été transportée en ambulance à l'Hôpital de Nyon, où un diagnostic de luxation acromio-claviculaire gauche, de contusions multiples et de traumatisme crânio-cérébral simple a été posé par la Dresse Q. _____, médecin-assistante. L'assurée a pu quitter l'hôpital le jour même. Un traitement conservateur a été instauré. La collègue de travail de l'assurée qui occupait le siège avant droit du véhicule a quant à elle subi plusieurs fractures aux vertèbres cervicales, des fractures dentaires et des hématomes sur tout le corps; elle a été héliportée au CHUV, où elle a été hospitalisée.

b) Sur demande de son médecin traitant, le Dr W. _____, spécialiste FMH en médecine interne, l'assurée a été examinée par le Dr D. _____, spécialiste FMH en médecine interne ainsi qu'en rhumatologie, qui a posé le 30 janvier 2008 un diagnostic de syndrome douloureux chronique post-traumatique, sur un fond dépressif préexistant chez une patiente en surcharge professionnelle et souffrant par ailleurs de troubles statiques rachidiens.

c) Sur demande du Dr L. _____, médecin d'arrondissement de la SUVA, qui a estimé dans un rapport médical du 20 mai 2008 qu'il y avait à l'évidence chez l'assurée "une intrication d'affections malades et de suites d'accident", l'assurée a séjourné à la Clinique romande de

réadaptation (ci-après: CRR) de la SUVA, à Sion, du 8 au 29 juillet 2008 et du 10 septembre au 10 octobre 2008. Dans leur rapport du 4 novembre 2008, les spécialistes de la CRR retiennent notamment ce qui suit:

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Evaluation multidisciplinaire et Réadaptation neurologique (Z 50.9)

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- AVP (réd.: accident sur la voie publique) le 25.10.2007 avec:

- Entorse acromio-claviculaire gauche stade I, traitée conservativement (S 43.5)
- notion de TCC léger infirmée

- Hypovitaminose D par manque d'apport

- Trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F 43.22)

(...)

RAPPEL ANAMNESTIQUE

Le 25.10.2007, la patiente circulait à une vitesse de 110 km/h sur l'autoroute, comme conductrice ceinturée, accompagnée d'une collègue de travail, dans la voiture de l'entreprise. Le pneu avant droit de son auto éclate vers 07 h 15, la patiente perd la maîtrise de son véhicule, qui quitte la chaussée, escalade le talus et effectue plusieurs tonneaux. La voiture s'immobilise sur le toit. Mme X. _____ réussit à sortir par la fenêtre et essaie d'aider sa collègue, sans réussir à la faire sortir de la voiture. Une autre automobiliste appelle l'ambulance et la patiente est amenée à l'Hôpital de Nyon, tandis que sa passagère sera amenée par hélicoptère au CHUV. La patiente n'a pas eu de traumatisme crânien selon elle, mais avait un hématome au niveau de la paupière droite, à cause de débris de verre. Il n'y a pas eu de perte de connaissance, ni d'amnésie.

A l'Hôpital de Nyon, la patiente présente un status neurologique dans la norme, un hématome de la paupière supérieure droite, pas d'hématotympan et pas d'épistaxis. Tout de suite après l'accident,

la patiente développe des douleurs de l'épaule gauche, qui irradient vers la colonne thoracique haute. Une RX de la colonne thoracique et cervicale revient dans la norme et un US rénal montre seulement un discret kyste cortical de 2 cm de diamètre du rein gauche (examen effectué à cause d'une hématurie microscopique). Un bilan par CT cérébral et cervical est également normal. Au niveau de l'épaule gauche, une luxation acromio-claviculaire est constatée qui est traitée par gilet orthopédique (que la patiente a porté environ 5 semaines) et antalgie. On note dans le rapport de l'Hôpital de Nyon la notion de traumatisme cranio-cérébral ceci en l'absence d'amnésie, de perte de connaissance ou de lésion au scanner cérébral.

(...)

LISTE DES PROBLEMES ET DISCUSSION

Il s'agit d'une patiente de 37 ans, victime d'un accident de voiture le 25.10.2007, comme conductrice ceinturée. Au cours de cet accident elle subit les diagnostics mentionnés ci-dessus. Face à des plaintes persistantes, la patiente nous a été adressée pour un bilan multidisciplinaire et une réadaptation en neurologie.

Pour les séquelles de l'entorse de l'articulation acromio-claviculaire gauche et la suspicion d'une maladie de Bechterew, la patiente a été suivie par notre spécialiste le Dr [...]. Après plusieurs examens cliniques, radiologiques et biologiques, il a conclu à l'absence d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire notamment une spondylarthropathie ankylosante (voir consiliiums de l'appareil locomoteur du 23.07.2008 et du 26.09.2008) et que l'articulation acromio-claviculaire gauche est actuellement bien stable. Le Dr [...] propose un suivi à long terme par le Dr D._____ et une nouvelle évaluation psychiatrique et neuropsychologique.

Dans le contexte du bilan, un bilan neuromyographique a été pratiqué le 10.07.2008 par le Dr [...], qui s'est avéré normal. Il permet en particulier d'écarter une neuropathie tronculaire du nerf médian au poignet ou du nef cubital.

Le bilan neuropsychologique du 11.07.2008 et du 11.09.2008 (partiellement réalisé en portugais) note que les fonctions

attentionnelles et mnésiques sont globalement conservées. Aucun trouble n'a par ailleurs été relevé dans les domaines praxiques et gnosiques. Des légères difficultés d'accès lexical, de raisonnement et de nature exécutive sont constatées, interprétées en lien avec la faible scolarisation de la patiente. Nous ne retenons aucune séquelle neuropsychologique à la suite de l'accident du 25.10.2007. De fait, le diagnostic de traumatisme cérébral ne peut être retenu sur la base de l'anamnèse et du bilan radiologique.

De même la patiente a bénéficié durant son hospitalisation d'un consilium psychiatrique avec la Dresse [...], qui n'a pas retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique (voir annexe), par contre le tableau psychique actuel de la patiente relève d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, de degré moyen. L'état psychique de Madame X. _____ est stabilisé avec le traitement antidépresseur actuel et le suivi psychothérapeutique entrepris par son psychiatre.

(...)

En conclusion ce tableau poly-symptomatologique ne peut pas être directement expliqué par l'accident du 25.10.2007 (par ailleurs, il n'y a pas de spondylo-arthropathie ankylosante confirmée), avec un bilan radiographique et neurographique normaux (luxation stabilisée), le bilan neuro-psychologique est normal, il n'y a pas d'état de stress post-traumatique, tout au plus un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive, nécessitant la poursuite de la prise en charge actuelle par son psychiatre.

Le pronostic semble dépendre de la résolution du déconditionnement et de l'évolution des troubles psychiques et un retour au travail est envisageable du point de vue fonctionnel à partir du 11.11.2008."

Le consilium psychiatrique du 11 juillet 2008 a retenu un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'a pas été posé en raison de l'absence de phénomène de reviviscence, de souvenirs envahissants de l'accident dans les derniers mois et lors du récit de

l'histoire; en outre, il n'y avait pas de conduite d'évitement, l'assurée ayant recommencé à conduire deux mois après l'accident.

d) Le 5 novembre 2008, l'assurée a été victime d'une chute de sa hauteur qui s'est soldée par une distorsion du genou gauche; son médecin traitant lui a prescrit une attelle. Le médecin d'arrondissement de la SUVA a reconnu l'assurée apte au travail à 50% dès le 17 décembre 2008. L'examen médical final a eu lieu le 17 mars 2009; dans son rapport du même jour, le Dr L. _____ a retenu que du point de vue orthopédique, il n'y avait pas de séquelles identifiables des accidents assurés.

B. a) Le 18 mars 2009, la SUVA (Lausanne) a rendu une décision par laquelle elle a mis un terme au versement des prestations d'assurance au 23 mars 2009, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident.

b) L'assurée s'est opposée à cette décision, en produisant un rapport médical adressé le 28 mai 2009 à son conseil par le Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, médecin traitant, dont la teneur est la suivante:

"Madame X. _____ souffre d'un épisode dépressif moyen (F32.1/CIM 10). La même symptomatologie a été caractérisée le 11 juillet 2008 par le consilium psychiatrique de la Clinique romande de réadaptation comme trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (F43.22). Même si ce dernier diagnostic pourrait être pris en considération je pense qu'il ne correspond pas aux critères de la classification officielle (CIM-10) concernant la durée des symptômes qui atteignent plus de 1,5 ans depuis l'accident qui l'a aggravé et plus de 3 ans depuis l'apparition du trouble à la fin de 2005. Aussi, il serait difficile à catégoriser les facteurs déclenchants comme un stress prolongé et un stress psychosocial habituel comme la classification mentionnée l'exige.

Madame X. _____ souffre aussi de certains symptômes de l'état de stress post-traumatique causés par l'accident du 25 octobre 2007 (état de stress post-traumatique oligosymptomatique - F43.1).

Le trouble dépressif mentionné est survenu à la fin de l'année 2005 dans le contexte de stress lié au travail et à la situation familiale. Ce trouble s'est rapidement atténué sous le traitement sans causer une incapacité de travail durable. Il a été ensuite aggravé par l'accident de circulation et par des conséquences médicales et psychosociales de ce dernier (syndrome douloureux et licenciement).

L'état de santé et son impact sur la capacité de travail de Madame X. _____ devraient être considérés dans l'ensemble de ses troubles psychiques et des maladies physiques vu leur intrication et renforcement mutuel. Donc, tenant compte de cette difficulté d'évaluer strictement l'impact de trouble psychique, mon estimation est qu'il contribue à une diminution du rendement professionnel d'environ 20 à 30%. L'impact de ses troubles psychiques s'opère à travers une difficulté à mobiliser ses ressources et persister dans les tâches."

c) Par décision sur opposition du 16 juin 2009, la SUVA (Lucerne) a rejeté l'opposition formée par l'assurée contre cette décision. Après avoir rappelé les principes juridiques applicables, notamment la jurisprudence relative à l'examen de la causalité adéquate entre un accident et des troubles psychiques consécutifs à celui-ci, elle a exposé que le Dr L. _____, médecin d'arrondissement à la SUVA Lausanne, avait certifié, en conclusion de son rapport d'examen du 17 mars 2009, que du point de vue orthopédique il n'y avait pas de séquelles identifiables des accidents assurés, lesquels ne déployaient plus d'effet, de sorte que le traitement qui se poursuivait ne pouvait plus leur être rapporté. Dans le cadre de la procédure d'opposition, l'assurée avait produit un rapport médical du Dr F. _____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, concluant à un épisode dépressif moyen, survenu à la fin de l'année 2005 dans le contexte de stress lié au travail et à la situation familiale et aggravé par l'accident, accompagné de certains symptômes d'un état de stress post-traumatique. L'accident dont avait été victime l'assurée devait être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, pour lesquels la causalité adéquate n'était admise qu'en présence de critères particuliers; or le seul critère qui pouvait être admis en l'espèce était celui du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, qui ne

suffisait toutefois pas à lui seul pour admettre la causalité adéquate. Il n'incombait pas à la SUVA de prendre en charge l'incapacité de travail de 20 à 30% attestée par le Dr F. _____ ni les frais médicaux. En effet, sur le plan organique, aucun élément ne permettait de s'écarter des conclusions émises par le médecin d'arrondissement; en particulier, ni le médecin traitant, dont le dernier rapport datait du 11 février 2009, ni le Dr D. _____ n'avaient mis en évidence au-delà du 23 mars 2009 des troubles organiques accidentels nécessitant un traitement ou entraînant une diminution de la capacité de travail; de surcroît, les spécialistes de la CRR avaient certifié que le tableau présenté par l'assurée ne pouvait pas être directement expliqué par l'accident avec des bilans radiographique, neurographique (luxation stabilisée) et neuropsychologique normaux.

C. **a)** L'assurée recourt contre cette décision sur opposition par acte du 18 août 2009. Elle conclut principalement à la réforme de cette décision en ce sens qu'elle a droit aux prestations de l'assurance accidents au-delà du 23 mars 2009, sur la base d'un taux d'invalidité de 50%, et subsidiairement à son annulation, l'affaire étant renvoyée à l'autorité intimée pour complément d'instruction et nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante reproche tout d'abord à l'autorité intimée d'avoir insuffisamment instruit son dossier. Elle fait valoir que le rapport établi à l'issue de son séjour à la CRR était en contradiction avec le rapport établi par les médecins des urgences qui l'avaient prise en charge à son arrivée au CHUV (recte: à l'Hôpital de Nyon), et qu'en matière de traumatologie, il serait plus fiable de se rapporter aux rapports des médecins qui ont vu un blessé immédiatement après l'accident plutôt qu'à l'avis de ceux qui ne l'ont vu qu'une année plus tard. Eu égard en outre à la difficulté du cas, soulignée par le médecin-conseil de l'intimée dans son rapport du 20 mai 2008 et par le Dr D. _____ dans un courrier du 23 avril 2008, il était indispensable, selon la recourante, d'instruire plus en avant et d'ordonner des examens médicaux complémentaires pour lever les divergences existant entre l'avis des médecins du CHUV (recte: Hôpital de Nyon) et celui des médecins de la CRR. La recourante reproche ensuite à l'intimée d'avoir qualifié à tort l'accident d'accident de gravité moyenne, le descriptif de l'accident tel qu'il ressort du rapport de police faisant au

contraire ressortir la gravité de l'accident. La causalité tant naturelle - puisque ce n'est que depuis l'accident qu'elle rencontre des problèmes d'ordre psychiatrique entraînant une incapacité de travail de 50% - qu'adéquate devant être admise, la recourante aurait droit aux prestations de l'assurance accidents, sur la base d'un taux d'invalidité de 50% pour ce qui concerne les prestations financières, à quoi s'ajoutent les frais de traitement et le remboursement de frais y afférents. La recourante reproche finalement à l'autorité intimée de n'avoir pas tenu compte des efforts qu'elle a fait pour se réinsérer dans le monde du travail malgré les atteintes dont elle souffre encore aujourd'hui, ayant trouvé un emploi qu'elle exerce à raison de quatre heures par jour, cinq jours par semaine. Or cette reprise de travail n'a pas été évaluée par l'intimée, qui n'a en particulier pas recueilli d'évaluation médicale sur l'impact sur la santé de la recourante de cette reprise d'emploi, ni sur la possibilité concrète d'en faire plus. Compte tenu de la contradiction des différents renseignements médicaux figurant au dossier et le caractère lacunaire de l'instruction, la recourante requiert qu'une expertise pluridisciplinaire (psychiatrique, orthopédique et neurologique) soit ordonnée par le tribunal; elle déclare en outre se réserver la possibilité de faire entendre des témoins qui confirmeront qu'elle n'est actuellement pas en mesure de travailler à plus de 50%, et de produire tous rapports médicaux utiles après avoir pu consulter le dossier de la cause.

b) Dans sa réponse du 28 octobre 2009, la SUVA expose que le litige porte sur le droit de la recourante au versement par l'intimée d'indemnités journalières et sur la prise en charge des frais médicaux au-delà du 23 mars 2009, plus précisément sur la question de savoir s'il subsiste un rapport de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé dont se plaint la recourante et l'accident assuré par l'intimée au-delà de la date à laquelle cette dernière a mis fin au versement des prestations d'assurance. Rappelant la jurisprudence sur le caractère adéquat du lien de causalité en cas d'accidents de type "coup du lapin" ainsi qu'en cas de troubles psychiques, l'intimée fait valoir que les examens médicaux réalisés par le Dr L._____, médecin d'arrondissement, auxquels il y aurait lieu d'accorder pleine valeur

probante, permettent d'affirmer qu'au moment de la suppression de son droit aux prestations de l'assurance accidents, l'assurée ne souffrait plus, sur le plan somatique, de séquelles de l'accident du 25 octobre 2007. Selon l'intimée, le rapport du Dr F. _____ du 28 mai 2009 produit par la recourante ne permet pas de remettre en cause l'avis du Dr L. _____ quant aux séquelles physiques de l'accident dès lors qu'il en ressortirait clairement que les troubles physiques dont souffre encore la recourante sont d'origine malade et non pas traumatique. L'intimée estime donc que c'est à raison qu'elle a considéré que l'état de santé physique de la recourante était stabilisé le 23 mars 2009, de sorte que la décision entreprise ne prêterait pas le flanc à la critique du point de vue des troubles somatiques. Ce serait également à raison que l'intimée n'a pas retenu l'existence de troubles neurologiques dans la décision attaquée, dès lors que les examens menés à la Clinique romande de réadaptation permettent d'affirmer qu'au moment de la suppression de son droit aux prestations de l'assurance-accidents, l'assurée ne souffrait pas de séquelles neurologiques consécutives à l'accident du 25 octobre 2007. Pour ce qui est des troubles psychiques dont souffre la recourante, l'intimée relève d'abord que le diagnostic est incertain, le Dr F. _____ évoquant un trouble dépressif moyen ainsi qu'un état de stress post-traumatique causé par l'accident assuré, alors que le consilium psychiatrique de la Clinique romande de réadaptation a diagnostiqué un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive. Quoiqu'il en soit, il s'agit d'atteintes qui font partie de la catégorie des troubles psychiques, la question étant de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre ces troubles et l'accident survenu le 25 octobre 2007. Selon l'intimée, la question de la causalité naturelle peut demeurer indécise dans la mesure où l'existence d'un rapport de causalité adéquate ferait de toute manière défaut. En effet, l'accident du 25 octobre 2007 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, car s'il a pu subjectivement revêtir chez l'assurée un caractère relativement impressionnant, son déroulement, tel que décrit dans le rapport de gendarmerie, n'apparaît pas d'un point de vue objectif, seul déterminant en l'espèce, particulièrement dramatique. Cela étant, la nature de l'accident subi commanderait de faire application des critères

posés dans l'ATF 115 V 133 et non de ceux énumérés à l'ATF 117 V 359. En effet, il ressort du dossier que les lésions correspondant au tableau clinique typique des suites d'un traumatisme crânio-cérébral, si elles ont existé un jour, sont reléguées au second plan par rapport aux problèmes d'ordre psychique dont souffre la recourante. Or parmi les critères énumérés par la jurisprudence, le seul qui entre en ligne de compte est celui des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, mais dans la mesure où ce critère ne s'est pas manifesté de manière particulièrement frappante, l'existence d'un rapport de causalité adéquate doit être niée. Par conséquent, quelle que soit la nature exacte des troubles psychiques dont souffre l'assurée, l'intimée est d'avis qu'ils ne peuvent engager sa responsabilité en l'absence de lien de causalité adéquate. L'intimée soutient que le dossier est suffisamment instruit et que les mesures d'instruction complémentaire sollicitées par la recourante ne se justifient pas. En effet, s'agissant des séquelles physiques et neurologiques de l'accident dont a été victime la recourante, il n'y aurait aucun motif valable pour s'écarter des avis du médecin d'arrondissement et des médecins de la Clinique romande de réadaptation, et la mise en oeuvre d'une nouvelle expertise n'apporterait, selon toute vraisemblance, aucune constatation nouvelle, mais uniquement une appréciation médicale supplémentaire sur la base d'observations probablement identiques à celles des médecins déjà consultés. S'agissant des séquelles psychiques de l'accident, l'intimée admet qu'il existe des divergences dans les avis médicaux et qu'une expertise psychiatrique permettrait certainement de poser un diagnostic précis sur la nature des troubles présentés par la recourante et de dire si ceux-ci se trouvent dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident assuré; elle estime toutefois que la mise en oeuvre d'une telle mesure d'instruction est superflue, dès lors qu'un rapport de causalité adéquate fait de toute manière défaut (TFA, U 234/05 du 17 février 2006, consid. 3.1). Partant, l'intimée conclut au rejet du recours.

c) Dans sa réplique du 26 janvier 2010, la recourante produit un rapport médical adressé le 14 janvier 2010 à son conseil par le Dr

J._____, chef de clinique au service de rhumatologie du CHUV, ainsi qu'un courrier adressé le 28 mai 2009 à son conseil par le Dr F._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Elle relève que selon le Dr J._____, il subsiste une incapacité de travail de 50%, qui ne serait pas due à des atteintes physiques mais d'ordre psychique, plus précisément un syndrome douloureux chronique. Quant au Dr F._____, il mentionne bien, à la fin de l'année 2005, un trouble dépressif (F 32.1) dans un contexte de stress lié au travail et à la situation familiale; à l'époque, cette affection n'avait donné lieu à aucune période d'incapacité de travail et le trouble s'était rapidement atténué sous traitement; il a ressurgi à la suite de l'accident, doublé d'un diagnostic de stress post-traumatique (F 43.1), le Dr F._____ évoquant également un syndrome douloureux, sans préciser ce diagnostic. Selon la recourante, il est clair en tout cas qu'avant l'accident, ce syndrome douloureux était inexistant. Le Dr J._____, sur le plan rhumatologique, bien qu'il ne retienne pas ce diagnostic dans son analyse, n'en a pas moins testé 17 points sur 18 positifs au test de fibromyalgie, et 11 points sur 18 à l'examen suivant, scores qui sont suffisants pour retenir un diagnostic de fibromyalgie. Or ce diagnostic n'a à ce jour jamais été pris en considération. Cela étant, la recourante soutient qu'il est plus nécessaire que jamais d'envisager une expertise, sinon pluridisciplinaire, au moins psychiatrique, pour se prononcer sur les atteintes à la santé qu'elle présente, ainsi que sur le lien de causalité entre l'accident dont elle a été victime et l'incapacité de travail actuelle.

d) Dans sa duplique du 4 février 2010, l'intimée estime que la réplique de la recourante n'apporte aucun élément nouveau. En particulier, le rapport du 14 janvier 2010 du Dr J._____ stipule qu'en tenant compte du problème purement asséurologique séquellaire à l'accident, il n'y a pas de séquelles; par contre, il existe un syndrome douloureux chronique qui rend la patiente incapable de travailler actuellement au-delà de 50%, mais ceci sur un plan purement maladif. Exposant que cela confirme sa position refusant toute prise en charge des troubles d'ordre psychogène affectant la recourante, l'intimée persiste dans ses conclusions tendant au rejet du recours.

e) Le 9 février 2010, le juge instructeur a informé les parties que, la cause apparaissant suffisamment instruite sur le plan médical, il n'était pas donné suite à la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale, l'avis des autres membres de la cour qui serait appelée à statuer dès que l'état du rôle le permettrait étant réservé.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer dans la présente cause (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). La notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être

qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1, 122 V 232 consid. 1; RAMA 1986 n° K 685 p. 299 s. consid. 2).

b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

c) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est 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 médicale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du

genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

d) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles 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 ex. 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.

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 des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents

graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

e) En 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 cranio-cérébral, il convient, selon la jurisprudence, d'apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen des critères en cause doit toutefois être effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques: les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont ainsi déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359, consid. 6a; cf. également TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010, consid. 4.2 et les références).

f) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni

l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351, consid. 3a, et les références citées; 134 V 231, consid. 5.1; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

g) Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2; 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références citées; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc).

3. La recourante formule plusieurs griefs à l'encontre de la décision sur opposition du 16 juin 2009 rendue par l'intimée qui confirme la cessation du versement des prestations d'assurance au 23 mars 2009, au motif qu'il n'existe plus de causalité adéquate entre les troubles présentés par l'assurée au-delà de cette date et l'accident du 25 octobre 2007. Il sied d'examiner ces griefs dans le détail.

4. a) Dans un premier grief, la recourante fait valoir que l'autorité intimée a insuffisamment instruit son dossier. Elle affirme que le rapport établi par les médecins à l'issue de son séjour à la Clinique romande de réadaptation (cf. let. A.c supra) serait en contradiction avec les constatations des premiers médecins qui l'ont examinée immédiatement après l'accident – la Dresse Q._____, médecin-assistant à l'Hôpital de Nyon, avait alors diagnostiqué une luxation acromio-claviculaire gauche,

des contusions multiples et un traumatisme crânio-cérébral simple (cf. let. A.a supra) – et qu'en matière de traumatologie, il serait plus fiable de se rapporter aux médecins qui ont vu un blessé immédiatement après l'accident qu'à l'avis de ceux qui l'ont vu une année plus tard (cf. let. C.a supra).

b) Dans leur rapport du 4 novembre 2008, les médecins de la CRR ont retenu que la poly-symptomatologie présentée par la recourante ne pouvait pas être directement expliquée par l'accident du 25 octobre 2007. Ils ont souligné que, s'agissant des séquelles de l'entorse de l'articulation acromio-claviculaire gauche, la recourante avait été suivie par le Dr [...], spécialiste FMH en rhumatologie, qui après plusieurs examens cliniques, radiologiques et biologiques, avait conclu à l'absence d'éléments en faveur d'un rhumatisme inflammatoire et avait considéré que l'articulation acromio-claviculaire gauche était stable. Les médecins de la CRR ont également relevé que le bilan neuromyographique pratiqué le Dr S._____, spécialiste FMH en neurologie, était dans la norme et avait permis en particulier d'écarter une neuropathie tronculaire du nerf médian au poignet ou du nerf cubital (cf. let. A.c supra).

c) S'agissant du diagnostic de traumatisme crânio-cérébral simple, les médecins de la CRR ont relevé que ce diagnostic avait été posé en l'absence de perte de connaissance, d'amnésie et de lésion cérébrale; ils ont rappelé que le bilan neuropsychologique, partiellement réalisé en portugais, effectué par Mme G._____, spécialiste en neuropsychologie FSP, avait révélé que les fonctions attentionnelles et mnésiques de la recourante étaient globalement conservées et qu'il n'y avait pas non plus de trouble dans les domaines praxiques et gnosiques. Ces médecins ont donc considéré que le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral ne pouvait pas être retenu sur la base de l'anamnèse et du bilan radiologique (cf. let. A.c supra).

d) Il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du rapport des médecins de la CRR, lequel doit se voir accorder une pleine valeur probante (cf consid. 2f et 2g supra). Ce rapport se fonde en effet sur des

examens complets effectués par des spécialistes et a été établi en pleine connaissance du dossier. Les médecins de la CRR étayent de manière claire et convaincante sur la base de bilans clinique et radiologique les motifs pour lesquels ils n'ont pas retenu le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral. En outre, sur le plan organique, les conclusions des médecins de la CRR rejoignent non seulement celles du médecin-conseil de l'intimée, qui avait certifié dans son rapport d'examen du 17 mars 2009 qu'il n'y avait pas de séquelles identifiables des accidents assurés du point de vue orthopédique (cf. let. A.d supra), mais également l'avis du Dr J._____, qui dans son rapport médical du 14 janvier 2010 (cf. let C.c supra) mentionnait qu'il n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique à l'origine des douleurs.

e) Il convient par conséquent de retenir qu'au-delà du 23 mars 2009, la recourante ne souffrait plus sur le plan organique de séquelles des suites de l'accident. L'instruction apparaissant sur ce point complète, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise médicale.

5. a) La recourante requiert en outre qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée afin de préciser la nature et l'origine de ses troubles psychiques.

b) On relève à cet égard que l'existence de troubles psychiques chez la recourante n'a pas été niée par l'intimée, mais que celle-ci a estimé que cette question pouvait rester indéterminée puisqu'elle avait considéré que le lien de causalité adéquate faisait de toute façon défaut.

c) Dans la mesure où l'existence d'une causalité adéquate est une question de droit que la Cour de céans peut examiner sans procéder à un éventuel complément d'instruction (cf. consid. 2c supra) et qui conduit en cas d'inexistence à nier le droit aux prestations de la LAA (cf. consid. 2a supra), il convient d'examiner au préalable l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident du 27 octobre 2007.

6. a) Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles psychiques développés ensuite par la victime, le Tribunal fédéral a classé les accidents en trois catégories (graves, moyennement graves et de peu de gravité) et a précisé à cet effet qu'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 (cf. consid 2d supra). Il a jugé à cet égard qu'un accident automobile survenu la nuit sur une route nationale à une vitesse vraisemblablement élevée et qui a entraîné la mort d'une personne - la passagère du véhicule accidenté qui se trouvait être la mère de la conductrice - doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents graves (TF U 18/07 du 7 février 2008). Il a jugé de même d'un accident de la circulation dans un tunnel ayant impliqué trois véhicules, provoquant le décès d'une personne et blessant plusieurs autres (SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, F n. 92).

b) La recourante soutient que l'accident dont elle a été victime le 25 octobre 2007 doit être considéré comme un accident grave (cf. let. C.a supra).

Pour juger de la gravité de l'accident litigieux, il convient de faire abstraction de la manière dont la recourante a ressenti et assumé le choc traumatique, notamment en lien avec le sentiment de culpabilité qu'elle a développé face aux blessures subies par sa passagère pour se concentrer sur les circonstances objectives de l'accident (cf. consid 2d supra). Cela étant, il ressort du rapport de gendarmerie que la recourante a perdu la maîtrise de son véhicule sur l'autoroute à une vitesse de 110/km à l'heure et que son véhicule a escaladé le talus séparant l'autoroute de la voie de sortie, où il a effectué plusieurs tonneaux, avant de s'immobiliser sur le toit. L'accident n'a pas impliqué d'autres véhicules que celui conduit par la recourante. Certes, l'intéressée et sa passagère ont été blessées (cf. let. A.a supra). Toutefois, si on compare les circonstances objectives telles qu'elles viennent d'être décrites aux

exemples de la jurisprudence précités, soit deux cas dans lesquels le Tribunal fédéral n'a pas retenu l'accident grave malgré la présence de plusieurs véhicules impliqués et le décès d'une personne (cf. consid. 6a supra), il n'est pas contestable que non seulement cet accident doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais encore que dans cette catégorie, il ne se situe pas non plus à la limite des cas graves (cf. consid. 2d).

C'est donc à juste titre que l'intimée a qualifié l'accident du 25 octobre 2007 d'accident moyennement grave.

c) En présence d'un accident de gravité moyenne, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger de la causalité adéquate entre un accident et les troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime (cf. consid. 2d supra). Le Tribunal fédéral a rappelé que, face à un événement qui ne se situe pas à la limite de l'accident grave, plusieurs des critères objectifs doivent se trouver réunis ou revêtir une intensité particulière pour que la causalité adéquate soit réalisée (cf. consid. 2d *in fine*).

S'agissant des lésions subies par la recourante ensuite de l'accident, il a été retenu une luxation acromio-claviculaire gauche et des contusions multiples – étant rappelé que le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral simple, initialement posé par le médecin de l'Hôpital de Nyon, n'a pas été confirmé par la suite (cf. consid. 4 supra) – soit des lésions que l'on ne peut objectivement pas qualifier de graves et qui ne sont pas propres à entraîner selon l'expérience des troubles psychiques tels que ceux présentés par la recourante. On relève également que l'intéressée a pu quitter l'hôpital le jour même de l'accident et que seul un traitement conservateur a été instauré. Il ne ressort pas du dossier qu'il y ait eu de complications au cours du processus de guérison ni d'erreurs dans le traitement médical. Finalement, les examens complets effectués par les médecins de la CRR ont révélé qu'une année et un mois après l'accident, il n'y avait plus sur le plan organique de séquelles de l'accident (cf. let. A.c supra).

Le seul critère concomitant qui pourrait en l'espèce être réalisé concerne le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, dans la mesure où le véhicule de l'intéressée a effectué plusieurs tonneaux avant de s'immobiliser sur le toit. Toutefois, comme l'a relevé à juste titre l'autorité intimée, ces seules circonstances n'atteignent pas une intensité telle que l'on puisse admettre le caractère adéquat des troubles psychiques de l'intéressée (cf. consid. 2d *in fine supra*).

d) On retiendra dès lors qu'il n'existe pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident du 25 octobre 2007. Il s'ensuit que la recourante n'a pas droit aux prestations litigieuses (cf. consid 2a)

7. Le droit aux prestations LAA n'étant pas ouvert, il n'y a pas lieu d'examiner le grief relatif à l'absence de prise en considération des efforts de la recourante en vue de se réinsérer sur le marché du travail, pas plus qu'il n'y a lieu d'examiner les conséquences médicales de la reprise d'activité sur la santé et sur la capacité résiduelle de travailler de celle-ci (cf. consid. 2a *supra*).

8. a) Dans un ultime moyen, la recourante requiert une nouvelle fois que soit ordonnée une expertise psychiatrique. Elle fait valoir, sur la base de deux nouveaux rapports médicaux produits en cours de procédure, qu'elle pourrait souffrir d'une fibromyalgie qui n'aurait jusqu'à jamais été prise en considération et qu'il serait démontré que le syndrome douloureux diagnostiqué par le Dr F._____ serait apparu après l'accident du 25 octobre 2007 (cf. let C.c *supra*).

b) Il importe peu pour l'issue du présent litige de savoir si les troubles mis en avant par les Drs J._____ et F._____ dans leurs nouveaux rapports médicaux relèvent du syndrome douloureux somatoforme ou de la fibromyalgie (cf. let C.c *supra*). De même, il n'est pas déterminant de savoir si ces troubles sont antérieurs ou postérieurs à l'accident. En effet, il a été démontré que ces troubles ne sont pas

d'origine organique (consid. 4 supra). Or, en cas d'atteinte à la santé sans preuve de déficit organique, il convient d'apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant les critères dégagés à propos des troubles d'ordre psychique (cf. consid. 2d supra). Les développements précédents sur l'examen de la causalité adéquate peuvent donc être repris et appliqués aux nouveaux troubles psychiques évoqués par la recourante. Ils conduisent à la conclusion qu'il n'y a pas de rapport de causalité adéquate entre lesdits troubles et l'accident du 25 octobre 2007 (cf. cons. 6 supra). Quant au diagnostic d'état de stress post-traumatique retenu par le Dr F. _____, on relève qu'il avait été écarté par la Dresse [...] de la CRR au profit d'un trouble de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive (cf. let. A.c supra). Ce médecin avait expliqué qu'un état de stress post-traumatique ne pouvait pas être retenu au motif qu'il n'y avait eu ni phénomène de reviviscence, ni souvenirs envahissants de l'accident dans les derniers mois et lors du récit de l'histoire, ni conduite d'évitement, la recourante ayant recommencé à conduire deux mois après l'accident. Le nouveau rapport du Dr F. _____ dans la mesure où il se contente de mentionner un état de stress post-traumatique sans expliquer les raisons pour lesquelles il considère que ce trouble est réalisé, n'est pas propre à remettre en cause l'avis médical motivé de la Dresse [...].

L'instruction du dossier est ainsi suffisante et il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise psychiatrique.

9. a) Il résulte de ce qui précède que le recours, entièrement mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée.

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
prononce :

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 16 juin 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Anne-Sylvie Dupont (pour Mme X. _____)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :