

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 février 2016

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Röthenbacher et M. Neu, juges  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont,

et

**W.**\_\_\_\_\_, Service juridique, à Zurich, intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** V. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1957, a été victime de deux accidents de la circulation, le premier en 1974 entraînant une fracture de l'atlas et/ou de l'axis avec rupture partielle du ligament alaire, le second en 1996 à l'origine d'une distorsion cervicale par mécanisme de whiplash.

Alors qu'elle était employée en qualité de représentante en cosmétiques par [...] et à ce titre, assurée contre les accidents auprès de la W. \_\_\_\_\_ (ci-après : la W. \_\_\_\_\_ ou l'intimée), l'assurée a été victime d'un nouvel accident de la circulation, à Düsseldorf, le 25 mars 2007. Le taxi, dont elle était passagère arrière gauche, est entré en collision avec l'arrière d'un mobilhome, lequel avait freiné brusquement derrière un véhicule arrêté au feu rouge. L'avant du taxi a été fortement défoncé. L'assurée a été hospitalisée 48h pour observation à l'hôpital X. \_\_\_\_\_, à Düsseldorf.

Le cas a été pris en charge par la W. \_\_\_\_\_.

Dans un rapport du 3 avril 2007, le Dr O. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a évoqué, en relation avec la collision, un phénomène de translation passive moyennement brutale de la tête par rapport à la colonne cervicale en position de légère rotation initiale vers la droite. Il a posé le diagnostic de distorsion traumatique cervicale. Sa patiente avait ressenti dans un premier temps une dyspnée, une sub-occlusion nasale droite puis gauche, une diminution de la conscience, un étourdissement, des douleurs de la nuque et de la base du crâne, une épistaxis pendant deux jours et quelques mouvements convulsifs du pied droit, des nausées ainsi que des troubles de l'équilibre et de la perception du temps lors de l'hospitalisation. Le Dr O. \_\_\_\_\_ a attesté d'une totale incapacité de travail dès le 25 mars 2007 et pour une durée d'environ deux mois.

Un IRM de la charnière cervico-occipitale et de la colonne cervicale a été pratiquée le 5 avril 2007. Le rapport consécutif à cet examen, signé du Dr F.\_\_\_\_\_, conclut à des troubles statiques, une rectitude de C2 à C7, un pincement inter-somatique, un minime débord discal au niveau C5-C6, non constitutif d'hernie ou de protrusion, un minime débord ostéophytaire au niveau C3-C4 et C4-C5 à droite et C6-C7 à gauche avec rétrécissement du 7<sup>e</sup> trou de conjugaison gauche, à l'absence de séquelles de la fracture de l'atlas et de l'axis subie par le passé.

Le rapport du 26 avril 2007, signé des Drs [...] et [...], spécialistes en orthopédie et traumatologie, et [...], de la Clinique pour la main et la traumatologie de l'hôpital X.\_\_\_\_\_, à Düsseldorf, fait état des diagnostics de syndrome cervical et de commotion cérébrale. La patiente mentionnait des douleurs croissantes au niveau des vertèbres cervicales et de discrètes nausées. L'examen confirmait les douleurs au niveau des vertèbres cervicales avec des contractures musculaires du cou du pied (Muskelhartspann). Il n'existait pas de trouble neurologique.

La W.\_\_\_\_\_ a soumis le cas de l'assurée à son médecin-conseil, le Dr C.\_\_\_\_\_, lequel a verbalement observé le 14 juin 2007 que les symptômes de diminution de la conscience, de dyspnée et de désorientation pouvaient être observés lors de « coup du lapin » important. L'assurée devait sûrement présenter une plus grande fatigabilité ce qui légitimait une incapacité de travail à 40 % jusqu'à fin juin 2007.

Dans un rapport du 10 juillet 2007 au médecin traitant de l'assurée, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, mandaté pour pratiquer un électroencéphalogramme sur l'assurée, a conclu que cet examen révélait un tracé normal, sans foyer d'ondes lentes, ni élément de la série comitiale, les « blancs » décrits par l'assurée relevant des troubles de la concentration et de l'attention survenant quelques mois après le genre d'accident dont elle avait été victime.

Le 12 novembre 2007, l'assurée a été examinée par le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès de la consultation spécialisée des céphalées du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : le CHUV). Dans son rapport du 19 novembre 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de syndrome douloureux chronique ensuite de trois traumatismes cervicaux. L'examen neurologique ne révélait que de discrets troubles de la sensibilité à l'hémicorps droit d'allure fonctionnelle. Quant à l'IRM du 5 avril 2007, il ne montrait que de discrets troubles dégénératifs ne permettant pas d'expliquer la persistance des douleurs. L'importance de celles-ci laissait suspecter un trouble somatoforme douloureux.

Le 21 août 2007, la W.\_\_\_\_\_ a mandaté le Centre R.\_\_\_\_\_ pour une expertise pluridisciplinaire, portant plus particulièrement sur la relation de causalité et la stabilisation de l'état de santé. Cette expertise a été confiée aux Drs S.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, ainsi qu'à M. Q.\_\_\_\_\_, neuropsychologue. Les experts du Centre R.\_\_\_\_\_ ont réalisé cette expertise les 3 octobre et 27 novembre 2007 sur la base du dossier de la W.\_\_\_\_\_, notamment des rapports médicaux et examens radiologiques, ont recueilli les données subjectives de l'assurée, établi les éléments d'antécédents médicaux et l'anamnèse. Les experts ont également procédé à des examens somatiques et psychiatriques, puis à une discussion pluridisciplinaire. Leur conclusion a la teneur suivante :

« Mme V.\_\_\_\_\_ est une assurée souffrant suite à deux événements accidentels préalables (1974 et 1996) de cervico-céphalo-facialgies chroniques surchargées de crises douloureuses aiguës durant 3 à 4 jours. Suite à un nouvel événement accidentel intervenu le 25.3.2007, Mme V.\_\_\_\_\_ s'est plainte de l'exacerbation des douleurs préalables se compliquant de troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que de difficultés attentionnelles/gestionnelles. Elle signale également une fatigue et une fatigabilité entraînant une perte de rendement. Mme V.\_\_\_\_\_ travaille actuellement à 60 % dans l'activité exercée préalablement.

En résumé, l'examen somatique révèle une limitation modérée de la mobilité de la nuque avec des muscles paracervicaux restant bilatéralement contracturés et un peu sensibles ainsi qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse hémicorporelle gauche.

L'examen neuropsychologique révèle des troubles neuropsychologiques discrets dont l'importance exacte est rendue difficilement appréciable par les comportements démonstratifs perturbant la réalisation ainsi que l'appréciation exacte des résultats.

Sur le plan psychique, il existe des facteurs de comportement évoquant un syndrome histrionique expliquant au moins en partie l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail.

La relecture des documents radiologiques ne révèle actuellement pas de lésion post-traumatique significative et met en évidence des troubles statiques et dégénératifs cervicaux pluri-étagés.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à notre disposition, Mme V. \_\_\_\_\_ présentait donc préalablement à l'événement accidentel du 25.3.2007 des cervico-céphalo-facialgies chroniques surchargées d'épisodes particulièrement aigus n'ayant semble-t-il néanmoins pas entraîné d'incapacité de travail significative dans l'activité de représentation en produits cosmétiques.

Sur la base de la description des troubles, du résultat des examens cliniques et des examens complémentaires, l'accident du 25.3.2007 a très vraisemblablement entraîné une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force sans traumatisme crânio-cérébral même mineur associé et sans atteinte majeure du système locomoteur et nerveux, l'hypoesthésie tactile et douloureuse constatée actuellement à l'examen neurologique étant à considérer comme subjective dans le contexte global et en l'absence d'autres signes clairement indicateurs d'une atteinte du système nerveux central.

La symptomatologie apparue dans les suites de l'événement accidentel du 25.3.2007 correspond d'une part à une exacerbation des plaintes séquellaires aux deux événements accidentels préalables et d'autre part à un syndrome post-distorsion cervicale.

Les atypies mises en évidence à l'examen clinique (hémisynndrome sensitif gauche), les constatations faites lors de l'examen neuropsychologique ainsi que la personnalité de la patiente mise en évidence à l'examen psychiatrique permettent de conclure qu'il existe indubitablement des éléments de surcharge psychogène indépendants de l'événement accidentel jouant un rôle non négligeable dans la persistance et surtout dans l'importance actuelle des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail.

Moins d'un an après l'événement accidentel, on doit néanmoins admettre que les plaintes formulées actuellement par Mme V. \_\_\_\_\_ ont été déclenchées/aggravées par l'événement accidentel du 25.3.2007. A cela s'ajoutent comme facteurs étrangers à l'accident 1) les séquelles des accidents préalables et 2) des facteurs de personnalité.

Sur le plan thérapeutique, il convient de poursuivre le traitement actuellement en cours. Ce dernier doit être considéré comme encore en relation de causalité

naturelle avec l'événement accidentel pour une période d'au moins 2 ans à partir de l'accident du 25.3.2007.

Sur le plan de la capacité de travail, nous admettrons pour le moment une capacité de travail de 60 % dans l'activité exercée préalablement. Si l'on se base sur l'évolution habituelle du type de traumatisme subi par Mme V.\_\_\_\_\_ le 25.3.2007, une pleine capacité de travail devrait néanmoins être retrouvée au terme d'une période de un an et au maximum de deux ans.

Compte tenu du bref laps de temps écoulé depuis l'événement accidentel, il n'y a pas de lieu de se prononcer actuellement sur l'invalidité économique ainsi que sur la perte à l'intégrité qui ne pourront être appréciées si nécessaire qu'au terme d'une période de deux ans après l'accident du 25.3.2007. »

Le 4 juin 2008, l'assurée a consulté le Prof. B.\_\_\_\_\_ exerçant après du Département [...] du centre hospitalier [...] à [...], lequel a procédé en date du 4 juin 2008 à un examen IRM cérébral sur la personne de l'assurée, sans injection de contraste, en appliquant la technique selon les séquences ainsi qu'un examen IRM en tenseur de diffusion. Dans son rapport du 18 juin 2008, le Prof. B.\_\_\_\_\_ a conclu à une atteinte de la partie antérieure du corps du trigone sur toute sa largeur, une lésion bilatérale de moyenne importance de la partie interne et postérieure des deux cingulum, diverses atteintes pluriséquentielles du corps calleux, une atteinte des noyaux de la base d'aspect multiforme, une petite lésion temporale inféro-antérieure droite séquellaire touchant la région cortico-sous-corticale des 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> circonvolutions temporales, une raréfaction d'intensité moyenne bilatérale prédominant à droite, des fibres blanches de la partie postérieure des deux faisceaux arqués, décelée par le tenseur de diffusion, une atrophie corticale séquellaire d'intensité moyenne, et une petite plage lésionnelle séquellaire post-traumatique.

Le 6 juin 2008, le Dr O.\_\_\_\_\_ a adressé un rapport à la W.\_\_\_\_\_ récapitulant l'évolution de l'incapacité de travail de sa patiente, soit 100 % du 25 mars 2007 au 1<sup>er</sup> juin 2007, 40 % du 6 juillet 2007 (sic) au 22 mai 2008, et à nouveau 100 % dès le 23 mai 2008, à tout le moins jusqu'au 30 septembre 2008. Sa patiente se plaignait de douleurs chroniques irradiantes vers la tête et la face, parfois accompagnées de troubles de la concentration, de la mémoire de l'attention et d'une fatigabilité ainsi que de myalgies des extrémités, dites douleurs la rendant

incapable de continuer un travail qui la stressait trop. Objectivement, le Dr O. \_\_\_\_\_ relevait une sensibilité de la palpation de la 2<sup>e</sup> vertèbre avec fréquentes myogéloses.

A l'initiative de son médecin traitant, l'assurée a également consulté le Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale et SAMM en médecine manuelle, lequel l'a examinée les 27 février et 9 mars 2009. Dans son rapport du 24 mars 2009 au médecin traitant, le Dr M. \_\_\_\_\_ a notamment observé ce qui suit :

« Je suis surpris de constater que les plaintes protéiformes que décrit la patiente n'ont finalement que peu de répercussions sur le plan fonctionnel au niveau de la colonne cervicale, compte tenu d'au moins 2 accidents antérieurs importants. La limitation de la latéroflexion droite en C1-C2 est fréquente lors d'une lésion du ligament alaire puisque la rotation forcée de C2 par l'intermédiaire de ce ligament n'est plus possible. La palpation du rachis cervical est plutôt rassurante tant au niveau articulaire que musculaire.

C'est la première fois que je suis confronté à un rapport d'IRM cérébral réalisé selon la technique du Professeur B. \_\_\_\_\_ et je ne saurais pas quelle conclusion en tirer.

[...]

Réponses à vos questions

Faut-il envoyer la patiente effectuer un examen IRM upright à Zürich ?

Cette technique est certes intéressante, encore peu connue et vise à détecter, lors d'un examen fonctionnel, des lésions organiques qui auraient pu échapper à un IRM classique. Les éléments que pourraient apporter un tel examen n'auront, à mon avis, aucune répercussion sur un traitement éventuel, compte tenu du bilan clinique favorable. [...]

Un bilan neuropsychologique pourrait être utile de manière à apporter une appréciation quantitative et montrer l'évolution par rapport au premier examen effectué. Cet examen pourrait être éventuellement couplé avec un examen psychiatrique car les plaintes décrites et les réflexions de la patiente se portent bien au-delà de séquelles d'accidents mais bien sur un parcours de vie d'une personne que je qualifierais d'hyperadaptée, fragile, et qui suite à un événement extérieur involontaire profite d'échapper à une existence qui ne lui convenait pas.

Je n'ai pas de suggestion à apporter au traitement médicamenteux actuel, la patiente a d'ailleurs spontanément arrêté tous les anti-dépresseurs qu'elle rend paradoxalement responsables d'une partie de ses symptômes.

En conclusion, je dirais qu'il m'apparaît que les plaintes douloureuses multiples qu'exprime la patiente sont la manifestation d'une souffrance plus importante au niveau existentiel et ne me semblent pas rattachées à des lésions organiques définies, comme en témoigne la discordance considérable entre les plaintes et les résultats de l'examen clinique.

En l'absence de désordre fonctionnel important et compte tenu des antécédents traumatiques peu clairs, je pense qu'il n'y a pas de justification pour un traitement de médecine manuelle. »

Le 4 mai 2009, l'assurée a consulté le Dr Z.\_\_\_\_\_, radiologue auprès de [...], pour un examen consistant en un « upright MRI des CCJ und der HWS [vertèbres cervicales] ». Dans son rapport du 6 mai 2009 au médecin traitant de l'assurée, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a conclu à l'absence d'atteinte morphologique visible des membranes et ligaments crânio-cervicaux. Etaient en revanche visibles les signes d'une involution et d'une stéatose de la musculature cervicale profonde entre C0 et C3 (M. multifidi), caractéristique d'un traumatisme de Whiplash selon Elliott, ainsi que d'une ostéochondrose prononcée de C4 à C7. Il n'existait ni instabilité, ni compression des structures neuronales (texte original : « Morphologisch fassbare Schäden der craniocervicalen Membranen und Ligamente lassen sich nicht feststellen, allerdings sieht man Zeichen einer Involution und Steatose der tiefen cervicalen Muskulatur zwischen C0 und C3 (M. multifidi), was laut Elliott ein spezifisches Zeichen eines Whiplash-Traumas darstellt. Ferner liegen ausgeprägte Osteochondrosen C4 bis C7 vor. Keine Instabilität, keine Kompression neuraler Strukturen. »)

Le 20 janvier 2009, la W.\_\_\_\_\_ a à nouveau mandaté le Centre R.\_\_\_\_\_ à fin d'expertise. Celle-ci a été réalisée le 5 juin 2009 par les Drs H.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatre et psychothérapie, et T.\_\_\_\_\_, ainsi que par le neuropsychologue Q.\_\_\_\_\_. Les experts ont complété le dossier médical en tant qu'il concernait les deux accidents antérieurs de la circulation, ont synthétisé la situation médicale, recueilli les données subjectives, dont il ressort notamment que l'expertisée ne pensait pas souffrir d'un trouble psychique et précisait que son psychisme représentait son point fort. Les experts ont également établi l'anamnèse personnelle, familiale et socioprofessionnelle, procédé aux examens cliniques neurologique, psychique et neuropsychologique, avant synthèse

et discussion. Posant les diagnostics de status après distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force intervenue le 25 mars 2007 et de traits de personnalité histrionique, les experts ont discuté ainsi la situation prévalant à la date de l'examen du 11 mars 2007 :

« Rappel de l'histoire médicale :

Assurée âgée actuellement de 52 ans, représentante en cosmétiques au moment des faits, faisant l'objet de la présente appréciation.

Mme V.\_\_\_\_\_ est une assurée présentant de violents maux de tête et des douleurs cervicales irradiant au niveau de la joue et de la bouche à droite depuis un accident de la circulation en 1974.

Un deuxième accident en 1996 a péjoré la situation. Il a déjà été procédé à une expertise médicale dans le cadre du Centre R.\_\_\_\_\_ pour les conséquences des événements accidentels de 1974 et de 1996 (Rapport du 1<sup>er</sup> mars 2004). Au terme de cette expertise, il sera conclu aux séquelles des deux accidents avec un statu sine/ante n'étant pas atteint. Une prise en charge régulière en ostéopathie a été considérée comme nécessaire. Le pronostic a été considéré comme réservé au vu de l'évolution peu favorable, avec une forte probabilité que l'assurée continue à avoir des maux de tête et des douleurs au niveau de la colonne cervicale. Un lien de causalité naturelle, entre les deux éléments accidentels et les plaintes de l'assurée avait été admis. Il n'avait pas été retenu d'incapacité de travail, étant donné que l'assuré travaillait à l'époque à 100 %. Par contre, une atteinte à l'intégrité avait été admise en tant que conséquence des événements accidentels de 1974 et 1996, avec une perte à l'intégrité considérée comme de 20 %. A l'époque, aucun facteur psychologique n'avait été considéré comme interférent avec la problématique somatique.

Le 25.03.07, en tant que passagère d'un taxi en Allemagne, Mme V.\_\_\_\_\_ a été victime d'un nouvel accident ayant comporté une collision au cours de laquelle une translation passive, moyennement brutale de la tête par rapport à la colonne cervicale, en position de légère rotation initiale vers la droite avait eu lieu. L'assurée ne décrivait pas à l'époque d'amnésie circonstancielle ni de perte de connaissance.

Dans les suites immédiates de l'événement accidentel du 25.03.07, Mme V.\_\_\_\_\_ va tout d'abord noter des difficultés respiratoires, une impression de faiblesse généralisée des membres supérieurs et inférieurs avec des mouvements incontrôlés des quatre extrémités. Les troubles susmentionnés vont rapidement régresser pour laisser persister des cervico-céphalalgies aggravées par rapport à la situation pré-traumatique du 25.03.07, avec des douleurs s'accompagnant de troubles neuropsychologiques sous forme de troubles de la mémoire et de la concentration, d'une sensation d'être hors du temps.

Les examens complémentaires pratiqués dans les suites de ce troisième événement accidentel comportant des radiographies standards et IRM ne démontreront pas de lésion traumatique importante, révélant la persistance de troubles statiques et dégénératifs pluriétagés.

En raison des troubles précités, Mme V. \_\_\_\_\_ bénéficiera de nombreux traitements antalgiques et physiques. Sous les traitements précités, l'évolution initiale sera moyennement favorable avec régression des douleurs et des troubles neuropsychologiques autorisant une reprise de l'activité professionnelle préalable à 60 %, quoiqu'avec difficultés.

En raison de la persistance des troubles susmentionnés, une deuxième expertise sera pratiquée au Centre R. \_\_\_\_\_ les 3 octobre et 27 novembre 2007 avec un rapport à l'adresse de la W. \_\_\_\_\_ en date du 25 janvier 2008.

Lors de l'expertise susmentionnée, bien qu'admettant une nette amélioration de la situation par rapport aux plaintes immédiatement post-traumatiques, Mme V. \_\_\_\_\_ se plaignait de la persistance d'un fond douloureux cervico-facio-mandibulaire constant, se compliquant d'accès algiques aigus d'une durée de quelques jours survenant à une fréquence variable (météo dépendante) à raison de plusieurs épisodes par mois. Mme V. \_\_\_\_\_ se plaignait également de la persistance de troubles de la mémoire et de la concentration ainsi que de difficultés de gestion pour se situer dans le temps. Persistait également une fatigue et une fatigabilité.

En raison des troubles susmentionnés, Mme V. \_\_\_\_\_ travaillait à 60 % du 100 % préalable, déclarant éprouver des difficultés importantes à exercer son activité normalement et devant se reposer beaucoup pour se remettre en forme pour pouvoir plus ou moins bien effectuer son travail.

Le traitement comportait à l'époque Lyrica, Tramal, Zomig, Indéral et Spagyric.

L'examen neurologique pratiqué à l'époque révélait une limitation modérée sensible localement de la mobilité de la nuque avec contractures des muscles paracervicaux, un hemisyndrome sensitif gauche vraisemblablement subjectif en l'absence d'autres signes d'atteinte du système nerveux central et l'absence de toute atteinte radiculaire au niveau des membres supérieurs et inférieurs.

Le bilan neuropsychologique mettait en évidence des altérations discrètes de l'attention avec un ralentissement n'atteignant toutefois pas le seuil du déficit dans toutes les tâches et une variabilité attentionnelle, des perturbations isolées des composantes d'inhibition et de flexibilité des fonctions exécutives et, conséquemment, des altérations de l'administration centrale de la mémoire de travail. Les autres fonctions cognitives, notamment la mémoire et l'efficacité intellectuelle, étaient préservées. Ces perturbations et altérations, se manifestant le plus souvent par des scores limites, étaient amplifiées et déformées par des comportements démonstratifs pendant les tests, rendant une appréciation exacte des difficultés effectives difficiles.

Sur le plan psychique, on relevait une assurée se présentant sur un mode assez démonstratif et théâtral évoquant des phénomènes dissociatifs de type hystérique.

La relecture des documents radiologiques récents ne révélait pas de lésion post-traumatique significative et mettait en évidence de troubles statiques et dégénératifs cervicaux pluriétagés.

Compte tenu de l'ensemble des éléments à disposition, nous avons conclu que Mme V. \_\_\_\_\_ présentait préalablement à l'événement accidentel du 25.03.07 des cervico-céphalo-facialgies chroniques surchargées d'épisodes particulièrement aigus, n'ayant semble-t-il pas entraîné d'incapacité de travail significative dans l'activité de représentation en produits cosmétiques.

Sur la base de la description des troubles, du résultat des examens cliniques et des examens complémentaires, nous avons conclu que l'accident du 25.03.07 avait très vraisemblablement entraîné une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force, sans traumatisme crânio-cérébral même mineur associé et sans atteinte majeure du système locomoteur et nerveux, l'hypoesthésie tactile et douloureuse constatée à l'examen neurologique étant à considérer comme subjective dans le contexte global et en l'absence d'autres signes clairement indicateurs d'une atteinte du système nerveux central.

La symptomatologie apparue dans les suites de l'événement accidentel du 25.03.07 correspondait donc d'une part à une exacerbation des plaintes séquellaires aux deux événements accidentels préalables et d'autre part à un syndrome post-distorsion cervicale.

Les atypies mises en évidence à l'examen clinique et les constatations faites lors de l'examen neuropsychologique ainsi que la personnalité de l'assurée mise en évidence à l'examen psychiatrique permettaient de conclure qu'il existait indubitablement des éléments de surcharge psychogène indépendants de l'événement accidentel, jouant un rôle non négligeable dans la persistance et surtout dans l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail.

Moins d'un an après l'événement accidentel, on admettait néanmoins que les plaintes formulées par Mme V. \_\_\_\_\_ avaient été déclenchées/aggravées par l'événement accidentel du 25.03.07. A cela s'ajoutait comme facteurs étrangers à l'accident : 1) les séquelles des accidents préalables, 2) les facteurs de personnalité.

Sur le plan thérapeutique, nous avons proposé de poursuivre le traitement en cours qui devait être considéré comme encore en relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel pour une période d'un moins 2 ans à partir de l'accident du 25.03.07.

Sur le plan de la capacité de travail, nous avons admis une capacité de travail de 60 % dans l'activité exercée préalablement. Si l'on se basait sur l'évolution habituelle du type de traumatisme subi par Mme V. \_\_\_\_\_ le 25.03.07, nous estimions qu'une pleine capacité de travail devrait néanmoins être recouvrée au terme d'une période de un an et au maximum de deux ans après l'accident.

Compte tenu du laps de temps relativement bref écoulé depuis l'événement accidentel, nous avons considéré qu'il n'y avait pas lieu de se prononcer sur

l'invalidité économique ainsi que sur la perte à l'intégrité qui ne pourraient être appréciées, si nécessaire, qu'au terme d'une période de deux ans après l'accident du 25.03.07.

Depuis la précédente expertise, l'évolution des troubles a été malheureusement défavorable avec tout d'abord un licenciement de l'emploi précédent pour fin mai 08. Sur le plan symptomatique, Mme V. \_\_\_\_\_ s'est plainte d'une aggravation et d'une extension des troubles malgré de nombreux traitements antalgiques et psychothérapeutiques.

En raison des troubles susmentionnés, l'assurée se déclare actuellement en incapacité de travail totale et définitive.

Mme V. \_\_\_\_\_ ne bénéficie pas de suivi psychothérapeutique. En revanche elle a demandé un traitement d'antidépresseurs (Efexor) à son médecin traitant dès 2007, suite à des conflits au travail. Par la suite, on a introduit du Cymbalta en automne 2008, ce traitement n'a pas été supporté et rapidement interrompu, puis du Trittico, traitement aussi interrompu il y a 2 semaines.

Lors de l'évaluation psychiatrique pratiquée en automne 2007, le Dr S. \_\_\_\_\_ retenait des phénomènes dissociatifs de type hystérique. L'assurée présentait des traits histrioniques préexistants à l'accident. Il existait une relation de causalité au moins partielle et une incapacité de travail de 40 % ce qui devait éviter une décompensation psychique.

Sur le plan du travail Mme V. \_\_\_\_\_ a été licenciée.

#### Situation actuelle :

Sur le plan somatique, Mme V. \_\_\_\_\_ formule des plaintes très significativement aggravées par rapport à celles qu'elle exprimait lors de l'expertise préalable. En effet, Mme V. \_\_\_\_\_ se plaint actuellement de rachialgies cervico-dorso-lombaires avec irradiations céphaliques, brachiales et crurales bilatérales, de douleurs faciales et des articulations temporo-mandibulaires, de blocages respiratoires, de paresthésies, d'un manque de force des membres supérieurs et inférieurs (lors des épisodes particulièrement aigus de douleurs).

En raison des troubles susmentionnés, après son licenciement du poste préalable, Mme V. \_\_\_\_\_ n'a pas repris d'activité professionnelle.

L'examen somatique actuel met en évidence une limitation apparemment majeure de la mobilité du rachis cervical, avec provocation d'importantes douleurs locales. Les muscles paracervicaux et le chef supérieur du trapèze sont bilatéralement contracturés et sensibles. L'examen du rachis dorso-lombaire révèle de discrets troubles statiques vertébraux, pas de syndrome lombo-vertébral mais une percussion des apophyses épineuses dorsales hautes et lombaires apparemment fortement sensible. Les différents épreuves de marche sont correctement exécutées si ce n'est des troubles de l'équilibre intermittents atypiques à la marche un pied devant l'autre. L'examen des ATM ne révèle pas de limitation significative de la mobilité des articulations temporo-mandibulaires ni de luxation mais l'assurée signale d'importantes douleurs au niveau de l'ATM

droite. A l'examen des paires crâniennes, on retrouve une hypoesthésie tactile et douloureuse frontale droite et faciale gauche, sans asymétrie des réflexes cornéens. A l'examen des membres, la seule anomalie est la persistance d'une hypoesthésie tactile et douloureuse hémi-corporelle gauche sans altération de la trophicité et de la force musculaire, des réflexes tendineux et cutanés, ainsi que de la sensibilité profonde. Pas d'atteinte non plus de la coordination.

Aucun document radiologique récent n'a été pratiqué hormis un IRM cérébral avec tenseur de diffusion.

Nous rappellerons que les examens radiologiques pratiqués suite à l'événement accidentel de 1996 ont révélé une instabilité C1-C2, ainsi qu'une probable atteinte ligamentaire à l'IRM de la charnière sous-occipitale du 16.07.96. Cet examen a également révélé des discopathies étagées C4-C7. L'IRM cervical effectué le 05.04.07 a permis de retrouver des troubles statiques cervicaux avec une rectitude de C2 à C7, des pincements intersomatiques pluriétagés témoignant de discopathies pluriétagées, une protrusion discale minime C5-C6, un minime débord ostéophytaire C3-C4 et C4-05 à droite, ainsi que C6-C7 à gauche avec un rétrécissement du 7<sup>ème</sup> trou de conjugaison gauche. Cet examen n'avait pas permis d'objectiver clairement de séquelles de la fracture de l'atlas et/ou de l'axis soupçonnée préalablement. Les ligaments de la jonction cervico-occipitale et notamment les ligaments alaires étaient difficilement appréciables sur ces clichés.

Un IRM cérébral avec tenseur de diffusion a donc été pratiqué à Paris le 30.05.08 qui a été considéré par le Prof B. \_\_\_\_\_ comme témoignant de lésions post-traumatiques multiples. Nous ne sommes pas en mesure d'interpréter cet examen.

Sur le plan psychique Mme V. \_\_\_\_\_ rapporte essentiellement des douleurs qu'elle décrit comme atroces. Les douleurs sont constantes, répondent peu au traitement et sont sans répercussion manifeste sur son comportement psychosocial.

Du point de vue purement psychique, il y a quelques troubles cognitifs légers, une impression de ralentissement psychique, une forte émotivité, de la fatigue, quelques troubles du sommeil en lien avec les douleurs, ainsi qu'une diminution de la libido. L'assurée décrit des moments de *déconnexion* surtout lorsque les douleurs sont très fortes et elle a l'impression que cela est *bridé dans sa tête*, qu'elle est plus lente. Il y a des ruminations, mais cela est en atténuation. Elle ne rapporte pas de phénomènes de déréalisation mais des phénomènes de dépersonnalisation lorsque les douleurs sont très fortes, avec l'impression de sortir de son corps.

A l'examen clinique, on se trouve face à une assurée plutôt souriante, qui essaye d'établir une certaine complicité à l'examineur. Elle ne se montre pas plaintive ni démonstrative, elle n'adopte pas de comportement algique durant l'entretien. Elle n'est pas désespérée. Il n'y a pas de trouble cognitif manifeste et de ralentissement ou d'accélération psychique. On n'observe pas de rupture de contact avec la réalité.

Sur la base de ces éléments, l'assurée présente principalement des traits de personnalité histrionique avec une recherche de complicité avec l'examineur, la description d'avoir une certaine difficulté à mettre de la limite, l'assurée décrivant qu'elle est comme une éponge au niveau du ressenti affectif, et une légère tendance à se montrer théâtrale lorsqu'elle évoque qu'elle voulait récemment faire appel à Exit pour en terminer, en disant cela parfois avec un large sourire. Ces éléments étaient déjà décrits dans la précédente évaluation du Dr S. \_\_\_\_\_ et l'assurée décrivait alors une impression de *flou dans la tête*.

Nous ne retenons pas de troubles dissociatifs. Ces troubles se définissent comme une perte partielle ou complète des fonctions normales d'intégration des souvenirs, de la conscience de l'identité ou des sensations immédiates et du contrôle des mouvements corporels selon la CIM-10. Lorsqu'ils sont associés à des événements traumatisants, les états dissociatifs s'améliorent généralement en quelques semaines ou quelques mois. La description de déconnexion ou l'impression d'être bridé au niveau du fonctionnement mental n'est pas associée avec une véritable rupture du contact avec la réalité ni avec une perte de contrôle. De plus d'autres intervenants ont observé une tendance à la majoration des plaintes. Pour ces raisons nous ne retenons pas le diagnostic de troubles dissociatifs.

Il n'y a pas lieu de retenir un trouble somatoforme. L'assurée ne paraît pas désespérée, il n'y a pas de rétrécissement marqué du champ de la pensée sur les douleurs ni de comportement algique. Il n'y a pas non plus de recherche compulsive, d'explication à ses douleurs, ni de remise en question des conclusions des médecins.

Mme V. \_\_\_\_\_ ne présente pas de trouble de l'humeur manifeste. Il n'est pas exclu que par le passé elle ait présenté un épisode dépressif à l'âge de 16 ans. Toutefois l'anamnèse détaillée n'a pas mis en évidence d'autres épisodes dépressifs par la suite. L'assurée ne présente pas non plus un trouble anxieux.

Il n'y a plus lieu de retenir un lien de causalité naturelle entre l'accident du 25 mars 2007 et l'état psychique actuel. La symptomatologie semble essentiellement entretenue par un sentiment d'injustice, l'assurée disant avoir été victime de mobbing par son ex-employeur.

Sur le plan neuropsychologique, l'examen met en évidence des fonctions exécutives et une intensité attentionnelle désormais normalisées. La mémoire de travail est en voie de normalisation. La sélectivité attentionnelle s'est légèrement améliorée, mais elle n'était pas déficitaire en 2007. L'apprentissage de liste est encore meilleur qu'en 2007, où il était déjà en-dessus de la moyenne.

On relève toutefois encore des scores limites en flexibilité en termes de nombre d'erreurs, même si les temps de réponse se sont, eux, normalisés.

On constate encore une importante difficulté en attention divisée, où, comme en 2007, l'assurée semble ne parvenir à répondre qu'à un ordre de stimuli et ignore l'autre ordre. D'autre part, elle ne parvient pas du tout à répondre à une tâche

informatisée de mémoire de travail, tout comme c'était déjà le cas en 2007. On ne peut exclure une cause comportementale à ces difficultés, chez une assurée qui apparaît toujours assez anxieuse et perfectionniste.

Enfin, on remarque des variations encore importantes des temps de réaction dans les tests d'attention (d2, alerte phasique, flexibilité) et dans certains tests exécutifs (WCST surtout), même si, tant au d2 qu'au WCST, les indices sont toujours normaux (WCST), ou normalisés (d2).

De manière générale, les résultats aux tests d'attention et de mémoire ne correspondent pas au vécu subjectif de l'assurée.

Les améliorations du tableau neuropsychologique peuvent résulter d'une amélioration de l'humeur. Les difficultés cognitives résiduelles identifiées dans ce deuxième examen ne paraissent plus qu'en relation de causalité possible avec l'accident de mars 2007. »

La synthèse et les conclusions de l'expertise ont la teneur suivante :

« Sur le plan somatique, Mme V. \_\_\_\_\_ formule donc actuellement des plaintes multiples "impressionnantes" pouvant difficilement être mises en relation avec le caractère objectiv[ement] modeste de l'événement accidentel du 25.03.07. En effet, l'accident du 25.03.07, d'après les éléments à notre disposition, a très vraisemblablement entraîné une distorsion cervicale simple de degré I à II selon la Québec Task Force, mais pas de traumatisme crânio-cérébral même mineur et en tous les cas pas d'atteinte majeure du système locomoteur et nerveux susceptible d'expliquer les plaintes formulées actuellement par l'assurée.

Malgré l'aggravation subjective des troubles, l'examen neurologique pratiqué lors de la présente expertise est à considérer comme superposable à celui de la précédente expertise, révélant une limitation apparemment importante de la mobilité de la nuque et un hemisyndrome sensitif gauche restant sans substrat somatique évident dans le contexte et compte [tenu] de l'absence d'autres éléments clairement indicateurs d'une atteinte du système nerveux central.

L'IRM cérébral pratiqué à Paris utilise une technique non validée sur le plan clinique et juridique. Cet examen doit être considéré comme non valide dans le cadre de la présente expertise, les anomalies objectivées étant aspécifiques et d'interprétation étiologique impossible actuellement même en dehors du contexte médico-juridique.

Le caractère à la fois multiple et mal systématisé des plaintes, l'absence d'atteinte certaine à l'examen neurologique et le contexte psychologique ne permettent pas de retenir l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux et locomoteur en tant que conséquence de l'événement accidentel du

25.03.07 qui, dans le cours ordinaire des choses, aurait dû connaître une évolution tout à fait favorable actuellement.

L'importance actuelle des troubles et leurs conséquences sur la capacité de travail sont à considérer comme en rapport essentiellement à des facteurs non somatiques, une partie des troubles paraissant persister depuis les événements accidentels préalables, mais n'étant également pas expliquée, en tous les cas en ce qui concerne leur importance, par les seules conséquences des accidents préalables.

Si en conséquence des différents événements accidentels, on peut admettre la persistance de quelques cervico-céphalalgies, les troubles actuels ne trouvent donc pas leurs explications sur un plan somatique et en tous les cas ne peuvent être considérés comme les conséquences persistantes de l'événement accidentel du 25.03.07.

En conséquence de ce qui précède, nous considérons que les conséquences des deux premiers événements accidentels ont été réglées par l'attribution d'une perte à l'intégrité de 20 % (conclusions de l'expertise du 1<sup>er</sup> mars 2004) et que l'événement accidentel du 25.03.07 n'a pu entraîner qu'une aggravation transitoire des troubles pour une période ne dépassant pas deux ans après l'événement accidentel du 25.03.07, soit jusqu'à la date de la présente expertise.

Sur le plan thérapeutique, les traitements actuellement en cours ne sont vraisemblablement pas de nature à influencer significativement l'état de santé et la capacité de travail de Mme V. \_\_\_\_\_.

Pour les éléments susmentionnés, sur le plan somatique, nous ne retenons pas d'incapacité de travail significative ni de perte à l'intégrité significative en tant que conséquence de l'événement accidentel du 25.03.07.

Sur le plan psychique, sur la base de ces éléments, la capacité de travail est entière. L'assurée peut travailler 8 h/j sans diminution de rendement. Il n'y a pas d'indication ni de contre-indication à une éventuelle réadaptation professionnelle. Il n'y a pas lieu de proposer de mesures thérapeutiques particulières.

L'assurée pourrait bénéficier d'un suivi psychothérapeutique afin de diminuer le risque que son état psychique se cristallise encore plus sur les conséquences de l'accident. Cette fixation sur l'accident est en relation avec la personnalité de l'assurée et des facteurs non médicaux (conflit de travail), elle est sans relation avec l'accident et doit être mise à la charge de la caisse-maladie.

Sur le plan neuropsychologique, l'absence d'atteinte structurelle neurologique et de troubles de l'humeur, avec la présence de traits de personnalité histrionique, confirment une cause comportementale aux difficultés présentés dans les tests, notamment d'attention divisée.

Il n'est plus possible de mettre en relation de causalité certaine ou probable les troubles allégués avec l'accident incriminé.

Il n'est donc pas possible de retenir une incapacité de travail comme conséquence des suites de l'accident. »

Les experts ont par ailleurs répondu aux questions spécifiques de la W.\_\_\_\_\_. Ils ont plus particulièrement observé que les douleurs pouvaient être subjectivement qualifiées d'importantes, mais sans explication somatique évidente, et précisé que l'expression de ses douleurs par l'assurée contrastait avec une attitude à la limite de la jovialité lors de l'examen psychique. Les troubles encore présentés par l'assurée ne pouvaient être considérés comme en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident du 25 mars 2007, dont les suites, dans le courant normal des choses, auraient dû connaître une évolution favorable à la date de l'expertise. Le *statu quo sine* aurait donc dû être atteint au plus tard à la date de l'expertise. S'agissant des états préexistants à l'accident, les experts ont relevé les douleurs cervico-céphaliques apparues dans les suites des deux événements accidentels préalables et des facteurs de personnalité jouant un rôle déterminant dans l'évolution défavorable du cas. Il n'existait pas d'explication claire à l'incapacité de travail actuellement présentée par l'assurée, que ce soit en relation avec les conséquences des différents événements accidentels ou en relation avec une affection malade intercurrente préexistante. Les experts ont renoncé à se prononcer sur les efforts raisonnablement exigibles de la recourante pour améliorer sa capacité de travail

Le 9 juin 2009, la W.\_\_\_\_\_ a communiqué le rapport d'expertise à l'assurée et l'a informée vouloir mettre un terme aux prestations à la date de l'examen de l'assurée par les experts, soit le 11 mars 2009, à l'exception de l'indemnité journalière versée jusqu'au 14 juin 2009.

Par courrier du 31 août 2009, l'assurée, se fondant plus particulièrement sur le rapport du Prof. B.\_\_\_\_\_, dont la technique d'examen était selon elle scientifiquement reconnue, a soutenu avoir toujours droit aux prestations de l'intimée.

Par décision du 11 septembre 2009, la W.\_\_\_\_\_ a signifié à l'assurée qu'elle ne lui verserait plus de prestations à partir du 11 mars

2009, les troubles persistants étant sans lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Plus particulièrement, l'intimée a nié toute valeur probante à l'examen IRM cérébral pratiqué par le Prof. B.\_\_\_\_\_ dans le cas d'espèce et s'est fondée sur les conclusions de l'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ du 11 mars 2009 pour considérer que les plaintes et troubles actuels de l'assurée ne représentaient pas une cause d'incapacité de travail significative, que ce soit en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident du 25 mars 2007 ou pour d'autres raisons. Quant aux troubles psychiques, ils étaient sans lien de causalité naturelle avec dit accident.

Le 2 octobre 2009, l'assurée a interjeté opposition contre cette décision, contestant les conclusions de l'expertise précitée et se prévalant des résultats de l'examen IRM avec tenseur de diffusion, lequel constituait une méthode scientifiquement reconnue et pratiquée en milieu hospitalier universitaire et en l'occurrence démontrait l'existence d'atteintes cérébrales post-traumatiques en relation de causalité naturelle avec l'accident.

Par écriture du 1<sup>er</sup> mars 2010, l'assurée a complété cette opposition par la production d'une expertise privée du 22 février 2010 du Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie. Cet expert a dans un premier temps rapporté les plaintes de l'assurée quant à l'existence de nuchalgies, de céphalées et de manifestations déficitaires des fonctions supérieures (troubles mnésiques, troubles de l'organisation, etc....) et observé, à l'examen clinique, une limitation modérée de la mobilité cervicale. L'examen neurologique était normal s'agissant des nerfs crâniens et les réflexes ostéo-tendineux étaient présents symétriquement pour les quatre membres. Il existait une discrète hypoesthésie globale, toutefois inconstante, au membre inférieur gauche. La marche et l'équilibre étaient dans les limites normales, tout comme les tests de coordination, sans signe de la série pyramidale. L'expert privé a notamment posé les diagnostics de status après entorses cervicales répétées avec, en 1974, une probable fracture de l'atlas, une rupture du ligament alaire droit, de status après AVP avec whiplash en 1996 ainsi que de status après

traumatisme par accélération crânio-cérébrale le 25 mars 2007. Sur ce point, il précisait ce qui suit :

« Sur le plan diagnostique, nous ne sommes pas vraiment confrontés à un problème puisque nous sommes, comme préalablement, dans le domaine du QTF I-II. Cette fois-ci, soit en raison d'un effet cumulatif d'ordre somatique, soit en raison de la surcharge psychique démontrée de façon assez convaincante par l'équipe de Centre R. \_\_\_\_\_, nous sommes confrontés à une symptomatologie plus tenace et résistante aux traitements qui, auparavant, permettaient de contrôler la situation. Si on considère le cas sous l'angle de la nomenclature suisse, à savoir "syndrome après traumatisme par accélération crânio-cervicale" (sur un plan formel, vu qu'il s'agit d'un impact traumatique initialement frontal), la patiente ne remplit théoriquement pas tous les critères d'inclusion du groupe de travail de la Société Neurologique Suisse. Nous nous situons toutefois dans le grand cadre des "soft tissue injuries of the cervical spine", titre d'un article publié dans une monographie par un membre du groupe de travail de la Société de Neurologie Suisse, J. Dvorak. Les conditions d'inclusion sont l'absence de lésions radiologiques, également ligamentaires, et l'absence d'un impact crânien. L'intérêt de la publication du groupe de travail de la Société Suisse de Neurologie réside dans le fait qu'il définit également des critères comportant un pronostic moins favorable que le grand groupe des patients "whiplash" ayant un pronostic à moyen terme favorable. Notre patiente présente, comme signe d'un pronostic réservé, une dyspnée aiguë ainsi que des troubles fluctuants de l'état de conscience, des vertiges et des douleurs nucales immédiates. Cela dépasse le cadre du syndrome cervico-céphalique habituel des STACC ou des QTF I-II. Il y a une certaine probabilité que cette patiente se situera dans le petit groupe de patients avec un pronostic moins favorable. De ce fait, il convient de maintenir le lien de causalité entre le dernier accident et la symptomatologie actuelle pendant encore une année, jusqu'au 27.03.2011, avec l'espoir d'une amélioration tardive, que l'on peut parfois observer. Passé ce délai, il conviendra [de] faire intervenir définitivement le statu quo sine. »

L'expert estimait par ailleurs à 40 % la capacité de travail exigible dans l'ancienne activité comme dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, soit l'incapacité de maintenir une position donnée pendant plus de 15 minutes, de rester immobile devant un écran informatique de fournir des efforts de levage ou des efforts impliquant une manœuvre de Valsalva, en raison du déclenchement de céphalées. Il évaluait à 60 % la capacité ménagère.

Par décision sur opposition du 20 avril 2010, l'intimée a rejeté l'opposition aux motifs que l'examen par IRM avec tenseur de diffusion ne constituait pas une méthode scientifiquement reconnue, que le rapport de

causalité maintenu jusqu'au 25 mars 2011 par le Dr G.\_\_\_\_\_ l'était à titre exceptionnel et que le rapport d'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ avait pleine valeur probante, de telle sorte que le lien de causalité naturelle n'existait plus au-delà du 11 mars 2009.

En date du 21 mai 2010, V.\_\_\_\_\_ a déposé recours contre la décision précitée, concluant à son annulation et à l'octroi en sa faveur des prestations légales découlant de la LAA, subsidiairement à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise pluridisciplinaire. A l'appui de ses conclusions, elle fait valoir que l'interruption du lien de causalité naturelle au 11 mars 2009 n'est pas soutenable en présence d'expertises du Centre R.\_\_\_\_\_ contradictoires, donc peu crédibles, de surcroît contredites par les médecins consultés par elle comme par les examens effectués en novembre et décembre 2009 ainsi qu'en février 2010, prouvant l'existence de douleurs persistantes poly-articulaires invalidantes excédant celles consécutives à l'accident de 2004 (recte 2011). En annexe à son recours, V.\_\_\_\_\_ a notamment produit une attestation du 28 avril 2008 du Dr O.\_\_\_\_\_ à son attention et deux rapports des 21 décembre 2009 et 15 février 2010 du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin praticien.

Le Dr O.\_\_\_\_\_ attestait que sa patiente avait été obligée d'accepter une reprise du travail à un taux trop important ensuite de pressions émanant de son milieu professionnel.

Dans son avis au médecin traitant de la recourante, consécutif aux consultations des 19 novembre et 21 décembre 2009 à l'Unité du rachis et réhabilitation du DAL, le Dr L.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de cervico-scapulagies chroniques dans un contexte de status après trois entorses cervicales de différentes origines, de syndrome douloureux chronique ainsi que de déconditionnement musculaire et psychique global. Dans son appréciation, le Dr L.\_\_\_\_\_ a renoncé à se prononcer sur les conclusions du Prof. B.\_\_\_\_\_, qualifiées de quelque peu évasives et sans réel lien avec le traumatisme. Il a par ailleurs observé, en relation avec l'IRM cervical du 6 mai 2009 évoquant une petite infiltration graisseuse de la musculature profonde, que des études plus récentes l'avaient révélée

aussi bien chez des sujets sains que chez des sujets après traumatisme. Il proposait la mise en place d'un traitement physiothérapeutique à [...]. Le second rapport du 15 février 2010 consécutif à la mise en place de ce traitement mentionnait une amélioration globale, surtout dans les appréhensions, la recourante demeurant néanmoins très focalisée sur le ressenti douloureux.

Dans sa réponse du 17 juin 2010, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a renvoyé aux considérants de ses décisions et décisions sur opposition et objecté que la divergence de conclusions des expertises du Centre R.\_\_\_\_\_ s'expliquait par l'écoulement du temps ainsi que par l'existence de facteurs de personnalité préexistants à l'accident litigieux. De surcroît, l'expertise privée du Dr G.\_\_\_\_\_ ne différait pas fondamentalement de celles du Centre R.\_\_\_\_\_ et même si la persistance du lien de causalité naturelle était admise, le lien de causalité adéquate n'était quant à lui pas réalisé.

Par réplique du 30 septembre 2010, la recourante s'est prévaluée de traitements en cours auprès des Drs L.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_, psychiatre, pour requérir la production de rapports auprès de ces médecins, comme auprès de son médecin généraliste, la Dresse D.\_\_\_\_\_. Pour justifier de la valeur scientifique d'un examen IRM avec tenseur de diffusion, elle a encore produit l'extrait d'un rapport du Prof. J.\_\_\_\_\_, du Service [...] recommandant un tel examen dans un cas similaire.

Le 4 septembre 2012 a été produit le dossier de la recourante auprès de l'OAI, consécutif à sa demande de prestations du 28 janvier 2008, rejetée par décision du 5 juillet 2012, frappée d'un recours le 10 septembre 2012. En sus des rapports médicaux communiqués par l'intimée, le dossier de l'OAI contenait notamment les rapports suivants :

- Un rapport du 19 mai 2009 du Dr O.\_\_\_\_\_ lequel mentionnait les diagnostics de fracture de l'atlas en 1974, de l'axis en 1996, de décompensation des douleurs dans la nuque en 2007, de réaction

traumatique et de burn out. Il relevait une douleur chronique cervicale avec instabilité musculaire profonde, d'une intensité telle qu'elle entraînait chez sa patiente une diminution de la capacité de concentration et des performances physiques. Son pronostic était réservé en ce sens qu'une diminution des symptômes était possible à condition que l'assurée puisse se ménager d'une manière suffisante durant environ deux ans. Il précisait encore que sa patiente ne souhaitait pas être suivie par un psychologue ou un psychiatre et que la chronicité de ses douleurs, assorties de symptômes du système nerveux autonome empêchait toute activité du point de vue médical. Sa patiente présentait des troubles variables de la concentration et de fixation de la mémoire et imaginait reprendre le travail ultérieurement d'ici deux ans à un taux de 50 % au plus.

- Un avis médical du 13 juillet 2009 du Dr A.\_\_\_\_\_, SMR, lequel, sur la base du rapport du Dr M.\_\_\_\_\_ du 24 mars 2009 et de l'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2009, retenait que la recourante ne présentait pas d'atteinte neuropsychologique, physique ou psychique invalidante « mais qu'elle était prise dans un rôle de victime de ses trois accidents successifs qu'elle tenait responsables de son état actuel », dit sentiment de victime ne pouvant justifier une incapacité de travail durable en l'absence de psychopathologie constatée. La capacité de travail dans l'ancienne activité était ainsi de 60 % dès le 2 juin 2007 et de 100 % à partir de la date de l'expertise. Elle était identique dans une activité adaptée et il n'existait pas de limitations fonctionnelles en l'absence d'atteinte.

- Un rapport du 26 mars 2012 de la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin traitant de la recourante, laquelle posait notamment les diagnostics de syndrome douloureux chronique (cervico-scapulalgies chroniques) après fracture de l'axis avec lésion du ligament alaire (1996), fracture de l'atlas (1974), névralgie d'Arnold droit traitée par électrocautérisation en 2005, entorse cervicale (25.03.07) et hémisyndrome sensitif subjectif transitoire, de troubles statiques et dégénératifs de la colonne cervicale (IRM 2007). Selon la Dresse D.\_\_\_\_\_, il existait un amendement progressif des troubles de la concentration, au contraire du syndrome douloureux pour lequel le temps et le traitement coordonné mis en place avaient permis

une stabilisation de l'état clinique sans qu'une disparition définitive des symptômes semble probable à long terme.

- Un avis du 27 juin 2012 du Dr I.\_\_\_\_\_, SMR, lequel relevait notamment que les conclusions du Centre R.\_\_\_\_\_, l'emportaient sur celles du Dr G.\_\_\_\_\_, qui avait procédé à un examen clinique de l'assurée plus sommaire. Enfin, quand bien même le Dr L.\_\_\_\_\_ évoquait un syndrome douloureux chronique de même que le Dr M.\_\_\_\_\_, dans la mesure où celui-ci observait des plaintes douloureuses multiples, les experts du Centre R.\_\_\_\_\_ n'avaient pas retenu de trouble somatoforme douloureux invalidant, en l'absence de comorbidité psychiatrique grave comme de perte d'intégration sociale.

Donnant suite à la requête de la recourante, le juge instructeur a requis des rapports auprès des Drs L.\_\_\_\_\_, D.\_\_\_\_\_ et E.\_\_\_\_\_.

En date du 29 octobre 2012, le Dr L.\_\_\_\_\_ a confirmé les diagnostics posés dans son avis précédent du 21 décembre 2009. Il considérait difficile de se déterminer sur les causes des troubles constatés. Selon lui, une partie était liée au trouble somatoforme douloureux qui avait certainement participé à un seuil douloureux perturbé, à savoir abaissé, d'une part et d'autre part, l'entorse cervicale avait certainement aussi participé en partie aux douleurs. S'agissant de la prédominance de l'une ou l'autre des causes, il estimait une expertise certainement nécessaire. Il n'avait par ailleurs pas délivré de certificat d'incapacité de travail.

Quant à la Dresse D.\_\_\_\_\_, elle a confirmé dans son rapport du 1<sup>er</sup> novembre 2012 les diagnostics précédemment retenus et relayé les plaintes exprimées par sa patiente, soit celles de nuchalgies quasi constantes d'intensité moyenne, avec des pics douloureux d'intensité forte à très forte, les douleurs ayant pris une extension corporelle non systématisée, c'est-à-dire sans lien clair sur le plan organique, temporel ou situationnel. L'examen clinique montrait une mobilité de mouvements globale conservée, une palpation de la région cervicale demeurant

sensible, avec une amplitude de mouvement discrètement limitée. La cognition globale demeurait bonne avec de légers troubles de la concentration (fatigabilité) et des ruptures du flux des idées. Le traitement était demeuré globalement constant au cours des deux dernières années, avec une tendance à la majoration graduelle des analgésiques, notamment dans les deux mois précédant. La Dresse D. \_\_\_\_\_ mentionnait une cristallisation de l'état douloureux de sa patiente depuis le début de son suivi en 2009, handicapante et interdisant toute occupation professionnelle régulière, du fait des douleurs chroniques avec exacerbation imprévisible et de la fragilité psycho-cognitive. Elle relevait un amendement progressif des troubles de la concentration. Le syndrome douloureux ne présentait pas d'amélioration notable. Il était en voie de chronicisation, le litige asséculo-logique constituant un facteur aggravant. Quand bien même sa patiente s'était montrée compliant aux traitements proposés, le pronostic demeurait réservé. Elle préconisait elle aussi une expertise pluridisciplinaire « afin d'aboutir à un dénouement juridique clair ».

Consulté dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010 par la recourante, le Dr E. \_\_\_\_\_ a relevé dans son rapport du 10 novembre 2012 que la recourante se plaignait de discrets troubles de la mémoire et de l'attention alors que selon le thérapeute, elle ne présentait pas de troubles de la mémoire, de l'attention et de la concentration manifestes. Le Dr E. \_\_\_\_\_ relevait par ailleurs une certaine anxiété, notamment lors de l'évocation de sa situation asséculo-logique, personnelle et surtout économique, ainsi qu'une certaine émotivité, mais sans troubles thymiques, ni rupture de contact avec la réalité. La recourante était plutôt souriante, cherchant toujours à établir un bon contact avec son médecin. Lors de l'évocation de son problème somatique, elle se plaignait de douleurs dans la région cervicale, consécutive aux accidents, et se révélait préoccupée par la situation asséculo-logique et économique. Le Dr E. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité avec des traits de la personnalité histrionique, et de probable syndrome douloureux somatoforme. Le traitement instauré a consisté en une psychothérapie de soutien, sans médicament dans la mesure où d'une

part la recourante ne présentait pas de symptomatologie psychiatrique importante et d'autre part refusait une médication anti-dépressive. S'agissant de l'évolution du traitement, les entretiens avaient tout d'abord été hebdomadaires, puis bimensuels. Dès l'instant où le Dr E. \_\_\_\_\_ avait expliqué à la recourante que l'atteinte somatique était prédominante et l'avait orientée sur sa situation asséculologique, l'intéressée avait demandé des entretiens mensuels, sur appel. Dans la suite du traitement, le Dr E. \_\_\_\_\_ n'avait plus été en mesure de déterminer si la recourante sollicitait son intervention pour une prise en charge psychothérapeutique, dont elle aurait eu besoin mais sans être motivée, ou pour continuer à se plaindre du comportement des assureurs. Le Dr E. \_\_\_\_\_ n'a délivré aucun certificat d'incapacité de travail, l'état psychique de sa patiente ne le justifiait pas. Il a observé au domicile que sa patiente lui avait toujours dit ne plus pouvoir travailler en raison de ses troubles somatiques et non psychiatriques. Le traitement a été interrompu d'un commun accord entre thérapeute et patiente le 21 mars 2012.

Le Dr E. \_\_\_\_\_ a encore produit un rapport du 11 avril 2011, sollicité pendant le traitement psychiatrique auprès du Prof. N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Celui-ci a procédé à une évaluation neurologique complète de la recourante le 6 avril 2011. Sur la base des IRM cervicaux à sa disposition, le Prof. N. \_\_\_\_\_ a retenu une arthrose cervicale avec une légère instabilité dans l'axe C3-C4, sans pression au niveau médullaire et a qualifié de très mauvaise qualité l'IRM du 4 juin 2008. Rapportant les plaintes de la recourante, soit l'existence de douleurs diffuses, migrantes, sans une quelconque topographie objective, avec, par intermittence, des lâchages d'objet et une instabilité à la marche, il a constaté objectivement que malgré « l'oppositionnisme » de l'intéressée et sa crainte, la colonne cervicale se révélait à l'examen parfaitement souple, non limitée dans les mouvements d'anté- et de rétroflexion ainsi que de rotation latérale, sans douleur à la pression de la musculature paracervicale. Il n'existait aucun déficit dans l'extension des bras, dans l'abduction de ceux-ci contre résistance, à l'élévation des épaules, à la contraction des trapèzes et des sterno-cléïdo-mastoïdiens. L'examen était pour le surplus normal, à l'exception d'une impression d'hyperesthésie au toucher de la main droite.

Dans le cadre de son appréciation générale, le Prof. N.\_\_\_\_\_ a considéré que la recourante était probablement très fragile sur le plan psychologique, qu'elle avait présenté trois Whiplash ayant déstabilisé sa colonne cervicale, surtout au niveau de C3-C4, ce qui pouvait éventuellement expliquer les douleurs cervicales intermittentes mais pas les multiples plaintes d'hypoesthésie, de lâchage d'objets, etc. Il n'observait pas de corrélation avec une quelconque dysfonction intracérébrale. Mis à part un traitement par hypnose en cas d'insuccès du suivi psychiatrique et la prescription d'un myorelaxant, il estimait inutile d'autres investigations telles que des examens neuropsychologiques, des consultations de la mémoire ou un électromyogramme des membres supérieurs et inférieurs et souscrivait à l'impression de la Dresse D.\_\_\_\_\_, destinataire principale de son rapport, qu'il fallait absolument que la patiente arrête de faire du « tourisme médical ».

Invitées à se déterminer sur ces rapports, l'intimée et la recourante ont déposé leurs observations respectives les 29 novembre 2012 et 8 janvier 2013. L'intimée relève que les rapports précités confirmaient l'expertise, ne démontraient pas que les douleurs de la recourante auraient une base organique en lien de causalité avec l'accident litigieux. La recourante a quant à elle renouvelé sa requête d'expertise pluridisciplinaire, en faisant valoir d'une part que les troubles diagnostiqués dans ces rapports médicaux relevaient des symptômes classiques du « coup du lapin », d'autre part que les Drs L.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_ préconisaient une telle mesure d'instruction. Dans une ultime détermination du 31 janvier 2013, l'intimée a répété que l'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ était complète et convaincante, rappelant par ailleurs que le principe « *post hoc ergo propter hoc* » ne suffisait pas à motiver un lien de causalité.

**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).

**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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, la recourante est domicilié dans le canton de Vaud. Son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme. Il est donc recevable.

**2.** La question à examiner est de savoir si l'intimée doit poursuivre l'octroi de ses prestations au-delà du 11 mars 2009.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286

consid. 1b, avec les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de cette atteinte.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; Jean-Maurice FRÉSARD/Margit MOSER-SZELESS, *L'assurance-accidents obligatoire*, in : *Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht*, 2<sup>e</sup> éd., Bâle 2007, n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 80 p. 865).

**b)** En matière de lésions au 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 présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2 et 117 V 359 consid. 4b).

L'existence de lésions au rachis cervical doit être confirmée par des données médicales fiables. Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 avec d'autres références).

**4. a)** Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C\_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 2c et 105 V 156 consid. 1 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2).

De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, les points litigieux importants doivent avoir fait l'objet d'une étude circonstanciée. Il faut encore 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 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée). Ce dernier constat a été précisé par le Tribunal fédéral, lequel a relevé en substance que l'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier, celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant. De même, le simple fait qu'un certificat est établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante. De surcroît, une expertise présentée par une partie peut également valoir comme moyen de preuve (TF I 81/2007 du 8 janvier 2008 consid. 5.2). Cependant, 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 ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc).

**b)** Le Tribunal fédéral a déjà eu l'occasion de rappeler plusieurs fois qu'un examen IRM fonctionnel ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et qu'elle n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des

symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231 consid. 5.3 ; TF 8C\_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2 et 8C\_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 3.2). Il en va de même d'un examen IRM cérébral par la technique dite de tenseur de diffusion qui n'est pas non plus une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale (cf. TF 8C\_978/2009 du 14 janvier 2011 consid. 5.2)

**5.** En l'occurrence, il convient dans un premier temps de déterminer si l'état de santé de la recourante devait être considéré comme stabilisé le 11 mars 2009. Celle-ci conteste la valeur probante des rapports d'expertise du G.\_\_\_\_\_, les estimant contradictoires. Elle ne réfute cependant pas le diagnostic somatique retenu par les experts, soit celui de status après distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force, lequel ne souffre guère de contestation, le Dr O.\_\_\_\_\_ évoquant une distorsion traumatique cervicale, la Dresse D.\_\_\_\_\_ et le Dr L.\_\_\_\_\_ une entorse cervicale. Le Dr G.\_\_\_\_\_ relève quant à lui que sur le plan diagnostique, la situation relève du QTF I-II (Québec Task Force).

La recourante voit une contradiction dans l'observation de douleurs toujours importantes lors des deux expertises et l'affirmation que le *statu quo ante*, respectivement *sine*, était atteint lors de la seconde expertise, d'autant plus que lors de leur dernier examen, les experts relevaient une aggravation nette des troubles.

L'existence d'une aggravation entre la première expertise, réalisée les 3 octobre et 27 novembre 2007, et la seconde expertise, réalisée le 11 mars 2009, est effectivement mentionnée par les experts. Il ressort cependant clairement de l'expertise qu'il ne s'agit que de l'expression par la recourante d'une aggravation de son état de santé, que les experts n'ont pas objectivée lors de leurs examens cliniques. Plus particulièrement, sur le plan somatique, il n'existait pas d'atteinte majeure du système locomoteur et nerveux susceptible d'expliquer l'aggravation des troubles telle qu'alléguée. L'examen neurologique pratiqué lors de la

seconde expertise était de surcroît superposable à celui de la première. Quant à l'examen neuropsychologique, il mettait en évidence pour l'essentiel des fonctions exécutives et une intensité attentionnelles normalisées.

Par ailleurs, lors de la première expertise, les experts ont considéré que la symptomatologie survenue après l'accident litigieux correspondait d'une part à une exacerbation des plaintes séquellaires aux accidents de 1974 et 1996 et d'autre part à un syndrome post-distorsion cervical, tout en précisant qu'il existait des éléments de surcharge psychogène indépendants de l'accident de 2007. Ils retenaient ainsi que les troubles allégués par la recourante avaient été déclenchés, respectivement aggravés par l'accident du 25 mars 2007, auxquels s'ajoutaient néanmoins des facteurs étrangers à l'accident, soit ceux inhérents aux deux accidents antérieurs et ceux liés à la personnalité de l'intéressée. Sous l'angle de la poursuite du traitement thérapeutique, la relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel était estimée à au moins deux ans, et sous l'angle de la capacité de travail, les experts mentionnaient que celle-ci devait être pleinement recouverte au terme d'une période de un an à deux ans après l'accident, compte tenu de l'évolution habituelle du traumatisme en cause. L'examen clinique de la recourante lors de la seconde expertise a eu lieu le 11 mars 2009, date à laquelle les experts ont estimé que son état de santé était stabilisé. Plus particulièrement, ils ont considéré que le caractère à la fois multiple et mal systématisé des plaintes, l'absence d'atteinte certaine à l'examen neurologique et le contexte psychologique ne permettaient pas de retenir l'existence d'une atteinte structurelle du système nerveux et locomoteur en tant que conséquence de l'accident du 25 mars 2007, lequel, dans le cours ordinaire des choses aurait dû connaître une évolution tout à fait favorable actuellement. Cela étant, on ne saurait voir une contradiction entre les deux expertises, lesquelles évaluent de manière identique, soit à quelque deux ans, le temps nécessaire à l'amélioration de l'état de santé dans le contexte d'une atteinte telle que subie par la recourante.

Seul le Dr G.\_\_\_\_\_ diffère dans le temps l'acquisition du *statu quo ante vel sine* en fixant à quatre ans la durée du lien de causalité dans le cas litigieux. Or, ses observations rejoignent celles des experts s'agissant de l'examen neurologique, décrit comme normal sous réserve d'une discrète hypoesthésie du membre inférieur gauche. Il en va de même de l'examen du rachis, particulièrement cervical, le Dr G.\_\_\_\_\_ évoquant une limitation modérée de la mobilité cervicale et les experts une limitation apparemment majeure de celle-ci. A priori, l'expertise privée apparaît comme une appréciation différente d'une situation clinique identique. L'expert privé mentionne par ailleurs que la symptomatologie de la recourante est plus tenace et résistante aux traitements soit en raison d'un effet cumulatif d'ordre somatique, soit en raison de la surcharge psychique démontrée de façon assez convaincante par les experts du Centre R.\_\_\_\_\_. Outre que le Dr G.\_\_\_\_\_ fournit une explication consistant en une alternative, donc imprécise, il n'explicite pas la notion d'effet cumulatif d'ordre somatique. On ignore ainsi s'il prend ou non en compte les troubles résultant des accidents de 1974 et 1996. Enfin, son expertise est apparemment contradictoire en ce sens qu'il considère dans un premier temps que sous l'angle de la nomenclature suisse, la recourante ne remplit théoriquement pas tous les critères d'inclusion du groupe de travail de la Société neurologique suisse mais inclut finalement le cas de la recourante sur la base d'une publication d'un membre de ce même groupe de travail.

Les autres rapports médicaux au dossier ne permettent pas de s'écarter des conclusions des experts s'agissant des atteintes somatiques. En effet, dans son rapport du 10 juillet 2007, le Dr K.\_\_\_\_\_ précise avant tout que l'EEG révèle un tracé normal. Le phénomène de « blanc » n'est pas objectivé par cet examen mais décrit par la recourante. Le rapport du 18 juin 2008 du Prof. B.\_\_\_\_\_ ne peut qu'être écarté au vu de la jurisprudence citée ci-dessus. Il paraît devoir en aller de même s'agissant du rapport du 6 mai 2009 du Dr Z.\_\_\_\_\_, à tout le moins s'agissant de l'interprétation des résultats de l'examen, à lire le rapport du Dr L.\_\_\_\_\_ du 21 décembre 2009. L'appréciation du cas de la recourante par ce médecin ne va pas à l'encontre de celle des experts. Il ne se prononce

pas précisément sur les causes des troubles constatés et n'a pas délivré de certificat d'incapacité de travail lors du suivi thérapeutique de la recourante. Quant aux Drs O.\_\_\_\_\_ et D.\_\_\_\_\_, médecins traitants de la recourante, ils n'étaient pas leur évaluation par des éléments cliniques objectifs.

En revanche, les rapports des Drs P.\_\_\_\_\_ et M.\_\_\_\_\_ ainsi que du Prof. N.\_\_\_\_\_ tendent plutôt à confirmer les conclusions des experts du Centre R.\_\_\_\_\_. En effet, dans son rapport du 19 novembre 2007, le Dr P.\_\_\_\_\_ n'évoque que de discrets troubles de la sensibilité à l'hémicorps droit et de tout aussi discrets troubles dégénératifs, ne permettant cependant pas d'expliquer la persistance des douleurs. Le Dr M.\_\_\_\_\_, quant à lui, relève dans son rapport du 24 mars 2009 que les plaintes de la recourante ne semblent pas rattachées à des lésions organiques définies, au vu de la discordance considérable entre celles-ci et les résultats de l'examen clinique. Le Prof. N.\_\_\_\_\_ mentionne dans son rapport du 6 avril 2011 un examen clinique normal, à l'exception d'une hyperesthésie au toucher de la main droite, qualifiée au demeurant d'impression. La déstabilisation de la colonne verticale, surtout au niveau de C3-C4, pouvait éventuellement expliquer les douleurs cervicales intermittentes, mais seulement celles-ci à l'exclusion d'autres. Le Prof. N.\_\_\_\_\_ évoque ainsi une éventualité, et non une certitude, de telle sorte que son avis ne saurait remettre en question celui des experts. Enfin, dans le cadre de la procédure AI, les médecins du SMR se sont ralliés aux conclusions des experts du Centre R.\_\_\_\_\_.

**6.** Sur le plan psychiatrique, les experts du Centre R.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic de traits de personnalité histrionique, sans répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Au demeurant, celle-ci ne soutient pas être atteinte d'un trouble psychique invalidant. Quant au Dr E.\_\_\_\_\_, il a posé les diagnostics de trouble anxieux et dépressif mixte chez une personnalité avec des traits de la personnalité histrionique ainsi que de probable syndrome douloureux somatoforme. Il sera relevé préliminairement que la recourante a consulté le Dr E.\_\_\_\_\_ dès le 1<sup>er</sup> septembre 2010 seulement, soit après la décision litigieuse. En

conséquence, il ne saurait être a priori exclu que le diagnostic de trouble anxieux et dépressif mixte corresponde à une atteinte survenue postérieurement à l'expertise comme à la décision sur opposition, de telle sorte qu'il ne saurait en être tenu compte au vu de la jurisprudence citée ci-dessus. Il en va de même du diagnostic de syndrome douloureux somatoforme, d'autant que le Dr E.\_\_\_\_\_ le qualifie seulement de probable. Quoiqu'il en soit, le Dr E.\_\_\_\_\_ exclut tout caractère incapacitant de l'une ou l'autre de ces atteintes et il ne figure au dossier aucun avis d'autres spécialistes en psychiatrie infirmant les conclusions des experts du Centre R.\_\_\_\_\_.

**7.** En conclusion, l'expertise du Centre R.\_\_\_\_\_ du 5 juin 2009, qui comporte une anamnèse, décrit les plaintes de la recourante et se trouve exempte de contradictions, procède d'un examen détaillé du cas de celle-ci. Ses conclusions claires et bien motivées ne sont pas mises en doute par d'autres avis médicaux. Elle a ainsi valeur probante.

En conséquence, il s'impose de retenir un *statu quo sine* atteint le jour de l'examen clinique effectué lors de la seconde expertise, soit le 11 mars 2009, le lien de causalité naturelle avec l'accident n'étant donc plus établi dès cette date. Quant à la persistance des plaintes, elle est évocatrice d'une chronicisation des douleurs.

Cela étant, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations au 11 mars 2009.

**8.** Au surplus, on relèvera que même dans l'hypothèse où la recourante était atteinte d'un whiplash syndrome, l'issue du recours n'en serait pas modifiée vu l'absence de causalité adéquate.

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, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références).

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 (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb).

En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (cf. ATF 134 V 109, 117 V 359).

Dans ces cas, 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 présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il faut cependant 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 p. 122 ss).

Pour l'examen de la causalité adéquate, la jurisprudence distingue la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des

atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3, 130, 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5, 127 V 102 consid. 5b/bb et les références, 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa p. 409).

En l'occurrence, la recourante se plaint notamment de nuchalgies, de céphalées, de fatigabilité, de troubles de l'attention, de la mémoire et de la concentration. L'expertise du Centre R. \_\_\_\_\_ n'a pas permis d'objectiver au degré de la vraisemblance prépondérante un substrat organique à ces troubles en lien avec l'accident du 25 mars 2007. Le diagnostic psychiatrique de traits de la personnalité histrionique retenu par les experts du Centre R. \_\_\_\_\_ est préexistant à l'accident de telle sorte qu'il n'entre pas en ligne de compte. Quant aux diagnostics retenus par le Dr E. \_\_\_\_\_, ils ne sont pas clairement établis. En conséquence, l'application des critères en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa) pour apprécier le caractère adéquat de ses symptômes cervicaux et neuro-végétatifs ne se justifie en l'occurrence pas.

Ce sont donc les critères jurisprudentiels posés aux ATF 134 V 109 et 117 V 359 qui seraient en l'occurrence déterminants pour l'appréciation de la causalité adéquate.

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, la jurisprudence classe d'abord les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves.

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise.

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 ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2, 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b ; TF 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3 ; 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il importe 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement

manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3).

En l'espèce, il s'agit d'une simple collision en chaîne impliquant trois véhicules, dont le premier déjà à l'arrêt. La forte déformation du taxi n'est pas significative d'une violence singulière dans ce type de collision. La recourante a été rapidement secourue. Pour le surplus, les dégâts n'ont été que matériels. Cela étant et vu les précédents jurisprudentiels (voir arrêt 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2 ; cf. aussi Alexandra RUMO-JUNGO/André Pierre HOLZER, Bundesgesetz über die Unfallversicherung [UVG], 4<sup>e</sup> éd. 2012, p. 64 ss), l'accident du 25 mars 2007 est objectivement de gravité moyenne.

Reste à examiner en second lieu les critères posés par la jurisprudence.

L'accident n'a pas revêtu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant, au contraire d'un accident de la circulation dans un tunnel sur l'autoroute impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel (TF 8C\_257/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.3.3), d'un carambolage de masse sur l'autoroute (TF 8C\_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1), ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (TF U 18/07 du 7 février 2008). Les lésions physiques se sont révélées bénignes. S'agissant du critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire (TF U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TF U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine

durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C\_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 5.4.3 et les arrêts cités). En l'espèce, l'hospitalisation n'aura été que de courte durée et le traitement a consisté principalement en la prescription d'antalgiques, assortie de séances de physiothérapie et d'une brève médication anti-dépressive. Il ne s'agit en l'état pas d'un traitement particulièrement invasif et pénible. Il n'y a pas eu d'erreurs et il n'est apparu ni difficultés, ni complications importantes. En ce qui concerne le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7). Il peut être admis un effort sérieux de la recourante pour la période courant du 2 juin 2007 au 23 mai 2008 en relation avec la reprise de son activité professionnelle à 60 %. En revanche, tel n'est plus le cas par la suite, dans la mesure où la capacité de travail de la recourante est considérée entière dès le 11 mars 2009. Ce critère ne saurait donc être retenu. Quant aux douleurs, c'est subjectivement qu'elles sont qualifiées d'importantes et dans la mesure où elles sont exprimées en adoptant une attitude à la limite de la jovialité, sans mention de répercussion manifeste sur le comportement psychosocial de la recourante, elles ne revêtent manifestement pas une intensité suffisante pour que l'événement accidentel, classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, apparaisse propre à entraîner une atteinte psychique.

Le lien de causalité adéquate n'est ainsi pas établi.

Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'en compléter l'instruction en ordonnant une expertise et la requête de la recourante sur ce point doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134

I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3, 130 II 425 consid. 2 ;  
TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014 consid. 4.2.1).

**9.** Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

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, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; 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 20 avril 2010 par la W.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III.** L'arrêt est rendu sans frais ni 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, avocat (pour V.\_\_\_\_\_),
- W.\_\_\_\_\_,
- 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 :