

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 septembre 2013

---

Présidence de      Mme      RÖTHENBACHER  
Juges    :      Mme Pasche et M. Gutmann, assesseur  
Greffière    :      Mme      Barman Ionta

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Michèle Meylan, avocate  
à Vevey,

et

**S.**\_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurée), née en 1955, employée administrative pour le compte de [...], est assurée contre le risque accident auprès de S.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assurance), membre de [...]. Selon une déclaration d'accident du 25 avril 2008, l'assurée a fait une chute à cheval, a atterri sur la tête, subissant un traumatisme crânien grave.

Dans un rapport du 29 avril 2008, les médecins du service de neurochirurgie du CHUV ont posé le diagnostic de TCC (traumatisme crânio-cérébral) simple avec fractures de l'os frontal droit et cupulolithiase post-traumatique. Dès lors que l'assurée avait présenté, le lendemain de son hospitalisation, des maux de tête violents avec vomissements et des vertiges rotatoires importants à la mobilisation, elle avait été adressée à la consultation ORL, qui a conclu à une cupulolithiase post-traumatique s'améliorant par la suite.

Le 21 juillet 2008, le Prof. T.\_\_\_\_\_, du service de neuropsychologie et neuroréhabilitation du CHUV, a posé les diagnostics de ralentissement, de plaintes de type post-traumatique et de status post TCC du 12 avril 2008. Elle relevait que l'assurée avait repris son activité professionnelle à 30% le 23 juin 2008 et à 50% le 7 juillet suivant, et considérait que l'activité exercée à 50% répartie sur cinq demi-journées par semaine semblait appropriée. Elle conseillait de maintenir ce rythme pendant six semaines environ avant l'essai d'une augmentation à 70%. Elle expliquait que l'on était en présence de plaintes post-traumatiques et de troubles attentionnels, séquelles du TCC du 12 avril 2008, qui limitaient la capacité de travail.

Au cours d'un entretien téléphonique du 25 juillet 2008, l'assurée a informé l'assurance qu'elle devait subir un traitement dentaire, qu'elle avait des maux de tête, qu'elle était fragile psychologiquement et qu'elle n'arrivait pas à se concentrer comme il le fallait.

Le 9 septembre 2008, le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a adressé un rapport au médecin-conseil de l'assurance. Il posait comme diagnostics un trouble mixte de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites et un trouble de la personnalité sans précision. Selon lui, des circonstances sans rapport avec l'accident jouaient un rôle non négligeable. L'assurée présentait visiblement des difficultés interpersonnelles avant son accident de cheval. L'accident était donc venu se greffer sur un terrain déjà fragilisé et avait renforcé l'état de décompensation. Le pronostic était incertain, mais la patiente semblait évoluer tout de même lentement favorablement.

Le 15 septembre 2008, l'assurance a écrit au Dr W.\_\_\_\_\_, médecin-dentiste traitant, qu'elle ne pouvait intervenir pour les traitements des dents numéros 31, 32 et 35, ces derniers n'étant pas en relation directe avec l'accident. Elle annonçait en revanche prendre en charge la confection d'un pont pour les dents numéros 11 à 22 et que si une perte osseuse devait être trop importante après l'extraction de la dent numéro 21, une greffe osseuse serait dès lors envisageable. Enfin, compte tenu de l'état antérieur de la dent numéro 14, le traitement de racine ainsi que le moignon devaient être à la charge de l'assurée. Cependant l'assurance interviendrait à raison de 50% pour la pose de la couronne céramo-métallique.

Le 24 novembre 2008, le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de l'assurance, a rédigé un rapport après avoir examiné l'assurée. Il appréciait la situation comme suit:

#### "APPRECIATION DU CAS

Status 7 mois ½ après probable contusion cérébrale, avec plaie frontale, cupulolithiase et fracture de dents. Très probable entorse cervicale d'accompagnement. Cette dernière survient dans le cadre d'une discopathie C5-6 avancée.

Actuellement, il persiste des éléments subjectifs, sous forme de céphalées, cervicalgies hautes, troubles de concentration et fatigabilité.

Il en résulte aussi un problème de reprise du travail avec une IT partielle durable. Le tout, dans un contexte d'un travail à priori précaire et un contexte psychologique fragile.

Quoi qu'il en soit, compte tenu de l'image que laisse la patiente et, étant donné l'absence de lésion anatomique macroscopiquement évidente suite à l'événement qui nous concerne, pouvant avoir une responsabilité significative et durable dans l'évolution du cas, les effets dudit événement doivent être limités dans le temps. Ce d'autant plus que, les troubles subjectifs allégués, peuvent parfaitement rentrer dans le cadre de pathologies extra-traumatiques.

Je propose de limiter la responsabilité de l'événement en question à un délai maximal de 6-8 mois, en ce qui concerne la CT et le traitement médical. Pour la CT, cette appréciation rejoint l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, qui prévoyait une reprise à 60% pour octobre, et 70% (taux absolu usuel) pour novembre 2008."

Le 28 novembre 2008, l'assurance a rendu une décision aux termes de laquelle les lésions à la colonne cervicale existaient déjà avant l'accident, celui-ci n'ayant fait qu'aggraver temporairement un état dégénératif bien présent. L'assurance se fondait sur l'avis du Dr Z. \_\_\_\_\_ selon lequel en l'absence de lésions traumatiques, la poursuite du traitement et de l'incapacité de travail pouvait être admise pendant un délai maximum de six à huit mois. Dès lors, l'assurance admettait la relation de causalité entre les troubles et l'accident jusqu'au 31 décembre 2008 au plus tard. S'agissant des indemnités journalières, l'assurance a admis le lien de causalité jusqu'au 31 octobre 2008, date à laquelle les suites de l'accident devaient permettre à l'assurée de reprendre son activité à son taux usuel de 70%.

Le 27 décembre 2008, l'assurée a fait opposition.

Lors d'un entretien avec une représentante de l'assurance le 30 janvier 2009, l'assurée a exposé avoir encore des douleurs dans le bas de la tête pratiquement tout le temps, mais sentait que cela allait quand même mieux. Cette douleur n'existait pas avant l'accident. La représentante de l'assurance a indiqué que celle-ci n'était pas opposée à revoir sa décision et à prendre en charge les indemnités journalières jusqu'au 31 décembre 2008. L'assurée a par ailleurs souhaité que l'assurance émette des réserves sur d'éventuels traitements futurs; la

représentante de l'assurance a répondu à cet égard que si le terme mis aux prestations était fixé au 31 décembre 2008, ce n'était pas pour revenir en arrière après coup. S'agissant des lésions dentaires, la représentante de l'assurance a indiqué qu'elle reprendrait contact avec le médecin-dentiste conseil, le Dr Q.\_\_\_\_\_. Finalement, l'assurée a mentionné qu'elle travaillait toujours à 50%.

A la suite de cet entretien, l'assurance a rédigé une convention aux termes de laquelle elle prendrait en charge le 50% du traitement concernant la réparation de la dent numéro 14 ainsi que le polissage des incisives inférieures, soit un montant maximum de 1'200 fr., frais de laboratoire compris. S'agissant des autres troubles physiques, l'assurance acceptait de prendre en charge les frais médicaux ainsi que l'indemnité journalière jusqu'au 31 décembre 2008.

Selon un procès-verbal d'entretien téléphonique du 7 mai 2009, l'assurée n'avait pas été d'accord de signer la convention. Elle ne voulait pas que l'assurance mette un terme à ses prestations au 31 décembre 2008. L'assurée avait toujours mal à la tête mais ne consultait plus personne. En outre, elle avait un problème avec le traitement de la dent numéro 14.

Le 23 septembre 2009, la Dresse B.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail, médecin cantonal adjoint, et le Dr R.\_\_\_\_\_, également spécialiste en médecine du travail, ont écrit à la caisse de pensions de [...] que, sur la base des documents médicaux à leur disposition, ils estimaient justifié d'accorder des prestations à un taux de 100% du 7 octobre 2009 au 31 janvier 2010.

Un nouveau bilan neuropsychologique a été effectué le 28 décembre 2009. Au terme de l'examen, il était retenu la conclusion suivante:

"Cet examen met en évidence un léger ralentissement dans le cadre d'un examen par ailleurs globalement dans les normes, chez un patient présentant des signes probables de la lignée anxieuse et des

plaintes de type post-traumatique. Le tableau est comparable au dernier bilan effectué le 29.05.09. Au plan strictement neuropsychologique, ces résultats ne nous paraissent pas de nature à limiter la capacité de travail, une reprise professionnelle progressive est cependant recommandée afin d'éviter une éventuelle surcharge, qui est par ailleurs à l'origine de l'arrêt de travail actuel."

Le 26 janvier 2010, la Dresse B. \_\_\_\_\_ et le Dr R. \_\_\_\_\_ ont écrit à la caisse de pensions qu'il était justifié de prolonger les prestations jusqu'au 31 mai 2010, la situation étant à réévaluer à cette échéance. Ils en ont fait de même le 27 mai 2010, considérant que les prestations devaient être prolongées jusqu'au 31 août 2010. Le 26 août 2010, ils ont estimé justifié de prolonger les prestations accordées, à un taux de 100%, jusqu'au 28 février 2011, sous réserve de modifications dans l'intervalle.

A la lecture des différents certificats médicaux établis par le Dr V. \_\_\_\_\_, l'assurée a été en incapacité totale de travailler du 12 avril au 22 juin 2008. Dès le 23 juin suivant, elle a pu reprendre son activité à 30%. Dès le 7 juillet 2008, sa capacité de travail était de 50%. Selon un certificat médical du 20 octobre 2008 du Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne, l'activité professionnelle pouvait être reprise à 100% dès le 3 novembre 2008. Cependant, dans un certificat du 19 décembre 2008, le Dr N. \_\_\_\_\_ écrivait que l'activité pouvait être reprise à 100% dès le 5 janvier 2009. Puis, dans un certificat du 4 février 2009, on pouvait lire que l'incapacité de travail était de 50% du 1<sup>er</sup> janvier au 3 février 2009 inclus, mais dès le 4 février 2009, le travail pouvait être repris à 100% (activité habituelle à 70%).

Selon les certificats médicaux des 25 mars et 1<sup>er</sup> juillet 2009, l'incapacité de travail était totale depuis le 26 mars 2009.

Le 6 janvier 2011, l'assurance a rendu une décision rejetant l'opposition. Elle considérait que les troubles présentés par l'assurée n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident dès le 31 octobre 2008 s'agissant de l'incapacité de travail et dès le 31 décembre 2008 s'agissant des traitements.

**B.** D.\_\_\_\_\_ a formé recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par acte du 7 février 2011. Elle conclut, avec suite de frais et dépens, principalement à sa réforme en ce sens que la prise en charge de toutes les prestations prévues par la LAA soit garantie au-delà du 31 octobre 2008, respectivement du 31 décembre 2008, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause pour nouvelle instruction et nouvelle décision.

Dans sa réponse du 17 mars 2011, l'intimée conclut à l'admission partielle du recours dans le sens de la prise en charge de l'incapacité de travail jusqu'au 31 décembre 2008.

**C.** En cours de procédure, le dossier de l'assurance-invalidité a été produit. Il en résulte que la recourante a déposé auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-apès: l'OAI) une demande de prestations le 30 juin 2009.

Dans un rapport du 20 août 2009, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie au Centre [...] à [...], et Mme X.\_\_\_\_\_, psychologue assistante, ont posé les diagnostics de trouble de l'adaptation, réaction mixte anxio-dépressive, faisant suite à l'accident de 2008, et de trouble de la personnalité anankastique, s'inscrivant vraisemblablement dans l'enfance mais dont les manifestations s'étaient péjorées ces dernières années.

Dans un rapport non daté mais indexé le 15 septembre 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics suivants:

- "1) Septembre 2008 Dr J.\_\_\_\_\_, [...]: Trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites F43.25 + Trouble de la personnalité, sans précision F60.9
- 2) Novembre 2008: Dr H.\_\_\_\_\_, [...]: Trouble de l'adaptation avec réaction mixte et dépressive F43.22
- 3) Status après TCC simple"

En outre, on peut lire ce qui suit sous la rubrique "anamnèse":

"Accident sur la voie publique le 12.04.2008 avec les diagnostics susmentionnés. Depuis lors, et après la période posttraumatique, des bilans psychiatriques ont été effectués en raison de la dégradation de l'état psychique de Mme D.\_\_\_\_\_, sans rapport avec l'accident."

S'agissant de l'évolution de l'incapacité de travail, le Dr N.\_\_\_\_\_ a attesté que celle-ci avait été totale du 13 avril 2008 au 22 juin 2008, de 70% du 23 juin 2008 au 6 juillet 2008 et de 50% du 7 juillet 2008 au 4 janvier 2009 à la suite de l'accident; du 1<sup>er</sup> janvier 2009 au 3 février 2009, l'incapacité de travail a été totale ensuite de maladie, et telle était également le cas depuis le 26 mars 2009.

Dans un rapport du 7 janvier 2010, le Dr M.\_\_\_\_\_ et Mme P.\_\_\_\_\_, psychologue assistante, ont indiqué avoir constaté une amélioration de la symptomatologie anxio-dépressive depuis l'été 2009 mais il restait toutefois une persistance des éléments concernant le trouble de personnalité anankastique.

Une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport daté du 20 septembre 2010, il posait le diagnostic de trouble dépressif majeur (état actuel sévère) et concluait ainsi:

### **"Résumé du cas**

L'expertisée est une femme de 55 ans, mariée et mère de deux grands enfants qui viennent de prendre leur autonomie et de quitter le domicile parental. Elle ne mentionne par ailleurs pas de difficultés dans sa famille nucléaire.

Les antécédents sont plutôt rassurants avec une famille d'origine sans problème, un développement, une scolarité, une formation professionnelle et une entrée dans la vie active sans accroc.

Si l'assurée a eu de nombreux emplois, elle a aussi pu faire preuve d'une bonne stabilité professionnelle pendant 17 ans dans la même entreprise. Ces dernières années, ses rapports au travail semblaient pourtant se détériorer.

Depuis la fin des années 2000, l'expertisée a eu plusieurs accidents dont une grave chute à cheval le 12.04.2008. Elle a présenté un TCC simple avec fracture de l'os frontal et cupulolithiase post-

traumatique. L'évolution a été au départ favorable. L'assurée a pu reprendre progressivement son activité professionnelle.

Quelque chose semble s'être passé au mois de mars 2009, peu après la reprise d'activité en plein. L'époux de l'assurée parle d'un certain épuisement. Le soussigné évoque la possibilité d'une symptomatologie psychotique du registre paranoïde, aggravée par la reprise de travail à un taux trop élevé.

Tant les plaintes que l'observation confirment un épisode dépressif qui n'a rien d'inauthentique, même si l'expertisée est très réticente à montrer cette vulnérabilité.

Le traitement médical est actuellement réduit à sa portion congrue. En l'état il n'y a pas de médication psychotrope. Les troubles tendent aujourd'hui à rester relativement stables.

### **Appréciation diagnostique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble dépressif majeur (état actuel sévère), la question de caractéristiques psychotiques associées voire d'un véritable trouble psychotique restant ouverte.

- *Trouble dépressif*

Les ouvrages diagnostiques de référence comprennent un chapitre des troubles de l'humeur qui classe les différents tableaux cliniques de ces divers troubles, selon les critères de sévérité, de l'éventualité d'une récurrence et d'une éventuelle alternance entre des phases d'élévation et d'abaissement de l'humeur.

Les troubles bipolaires et les troubles dépressifs majeurs sont les maladies les plus graves. La dysthymie et la cyclothymie caractérisent des affections moins sévères, qui, dans la règle, ne devraient pas engendrer une incapacité de travail significative à elles seules.

Dans le cas où des éléments dépressifs de peu de gravité apparaissent dans les suites d'un facteur de stress identifiable et dans la mesure où ils n'ont pas la sévérité d'un véritable épisode dépressif, on est en droit de retenir un trouble de l'adaptation. Cette appellation diagnostique est néanmoins limitée dans le temps, puisque le lien au facteur de stress initial doit garder sa vraisemblance. On doit passer à une autre entité diagnostique si le trouble se prolonge au-delà de six mois et au-delà de deux ans pour le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de la CIM-10.

Les troubles de l'adaptation peuvent comprendre non seulement des symptômes dépressifs, mais encore des symptômes anxieux et/ou des perturbations des conduites. Les ouvrages diagnostiques permettent de préciser des sous-types en fonction de la symptomatologie qui prédomine et de les coder en conséquence.

Dans le cas présent, on a une symptomatologie dépressive qui dépasse ce qu'autorise un simple trouble de l'adaptation. Le tableau

est plus sévère. Par ailleurs, on est bien au-delà de la limite de temps acceptable pour un tel trouble, sachant que l'événement traumatique en cause remonte tout de même au 12.04.2008.

Tant les plaintes que l'observation font retenir la tristesse, la fatigue anormale et la perte d'intérêt et du plaisir la plupart du temps, tous les jours et maintenant depuis de nombreuses semaines.

Par ailleurs, la baisse de l'estime de soi est manifeste. Il y a des idées suicidaires récurrentes, les difficultés à penser et à se concentrer et les troubles du sommeil. On note également un ralentissement marqué.

La symptomatologie est cohérente. Elle ne s'inscrit pas en discordance avec ce qui est objectivement constaté. Il est dès lors justifié de retenir aujourd'hui l'épisode dépressif. On peut le qualifier de sévère, selon les critères de la CIM-10. La chose est d'ailleurs corroborée par le résultat de l'échelle d'évaluation de la dépression de Hamilton du 16.09.2010.

En l'état des informations, on n'a pas notion de récurrence. Elle ne doit dès lors pas être retenue au dossier.

Il n'y a pas davantage de notion de phases maniaques ou hypomaniaques. Le trouble bipolaire peut dès lors être écarté.

Des caractéristiques psychotiques pourraient s'imposer. L'atmosphère est tout de même paranoïde. Le soussigné s'est posé la question d'une véritable construction délirante. Comme il n'y a pourtant pas de certitude à ce sujet, il a renoncé à noter les caractéristiques psychotiques.

Au terme de cette réflexion diagnostique, on doit retenir le trouble dépressif majeur (état actuel sévère), selon la terminologie du DSM-IV-TR.

- *Autres pathologies psychiatriques*

Le dossier évoque à plusieurs reprises un diagnostic de trouble de l'adaptation avec à la fois anxiété et dépression. Il est possible que l'expertisée n'ait pas présenté au départ un tableau dépressif ayant la sévérité de ce qui est constaté actuellement. Considérant que l'abaissement de l'humeur et l'anxiété se situaient dans les suites d'un événement traumatique et de ses conséquences, il était alors justifié de retenir un trouble de l'adaptation.

Même si les éléments réactionnels sont indéniables, la présentation actuelle de l'assurée va bien au-delà de ce que désigne un simple trouble de l'adaptation en terme de sévérité. On est aussi plus de deux ans après l'événement traumatique en cause. Un trouble de l'adaptation doit dès lors être définitivement écarté.

On peut aussi exclure un trouble de personnalité, si on applique les critères des ouvrages diagnostiques de référence.

L'assurée a tout de même bien fonctionné jusqu'aux faits qui nous préoccupent. Elle n'a pas présenté de troubles psychiques patents

jusque là. Sachant qu'un trouble de personnalité doit se manifester au plus tard aux débuts de l'âge adulte, on est en droit de récuser une telle pathologie. On peut en tout cas récuser un trouble de personnalité grave et incapacitant en soi.

Il est par contre vrai que l'expertisée présente des traits de personnalité pathologique. Il y a des éléments d'obsessionnalité, sans plus. Il y a des difficultés de communication évidente et une rigidité psychique tout de même hors norme. Il y a un contact difficile et une atmosphère manifestement paranoïde. Ces éléments valent pour des traits de personnalité schizoïde voire schizotypique. Le soussigné s'est même posé la question d'une pathologie psychotique incipiens.

### **Appréciation asséurologique**

Au terme de son évaluation, le soussigné retient un trouble dépressif majeur (état actuel sévère). Il note une fragilité de personnalité sous-jacente, sans qu'on puisse retenir un véritable trouble de ce registre. Il se pose la question d'une pathologie psychotique émergente ou de caractéristiques psychotiques associées à l'épisode dépressif.

Relier un trouble dépressif à une incapacité de travail est toujours un exercice difficile. Une ligne de conduite pourrait être d'assimiler les épisodes dépressifs sévères à une incapacité de travail, de récuser cette dernière lorsqu'on est face à un épisode qualifié de léger et de laisser la discussion ouverte pour les épisodes dits moyens.

Dans les faits, les choses sont plus complexes. L'appréciation peut rester fortement tributaire des informations données par la personne en cause. La valeur incapacitante des troubles dépressifs est aussi plus liée à certaines de leurs caractéristiques (incapacité à penser, perte d'énergie, baisse d'intérêt, ralentissement) qu'à leur degré de sévérité. L'impression clinique d'un praticien expérimenté et neutre reste certainement le meilleur outil d'une appréciation le plus souvent difficile.

Dans le cas présent, l'assurée est sévèrement symptomatique. Elle est constamment triste et en larmes. Elle est ralentie. Elle présente des difficultés évidentes à penser et à se concentrer. Elle s'est montrée fatigable, le soussigné ayant constaté la chose en séance, ce qui est inhabituel. Le ralentissement psychomoteur est par ailleurs tout à fait net. Tous ces éléments valent pour une incapacité de travail psychiatrique significative. Le soussigné n'a pas de doute là dessus.

Mme D. \_\_\_\_\_ conserve tout de même quelques ressources. Elle arrive à garder un certain contrôle d'elle-même. Elle a pu tant bien que mal collaborer à l'investigation psychiatrique. Elle semble être capable de tenir quasiment seule l'entier de sa maison.

Au vu de ces éléments, le soussigné est d'avis qu'on doit ici admettre une incapacité de travail psychiatrique. Il la chiffre à 60% d'un 100%. Sur un plan médico-théorique, on devrait admettre que Mme D. \_\_\_\_\_ serait capable d'avoir une activité professionnelle

similaire à celle qu'elle exerçait auparavant à hauteur d'un 40% d'un 100%.

La question du traitement médical est délicate. Le soussigné pense que la prise en soins pourrait être augmentée. La question d'une médication psychotrope se pose tout de même de façon sérieuse. On pourrait tenter des antidépresseurs un peu stimulants et exempts d'effets secondaires chez cette personne très réticente à accepter un médicament. Le moclobémide (Aurorix) pourrait être l'une des options. D'autres possibilités sont envisageables. Le soussigné éviterait ici les SSRI en raison des nausées et des problèmes digestifs en début de traitement.

Il paraît difficile d'imposer ce traitement médicamenteux à l'assurée. Tout au plus devrait on exiger d'elle que le suivi psychiatrique selon les règles de l'art puisse être attesté par un psychiatre FMH ou une institution psychiatrique.

Des mesures professionnelles pourraient avoir un sens. Il pourrait s'agir d'une simple aide au placement. Elles devraient s'inscrire dans une prise en soins intégrée incluant les intervenants du centre psychiatrique [...].

Le pronostic est difficile à formuler. Il n'est pas nécessairement mauvais. Une telle pathologie pourrait répondre à une prise en soins conséquente. Il est dès lors souhaitable que cette situation soit évaluée régulièrement, peut-être à travers les simples rapports médicaux du médecin psychiatre traitant. Faire le point chaque six mois ne paraîtrait pas excessif au départ pour une pathologie qui n'a rien d'irréversible. La présence très probable d'éléments psychotiques grève néanmoins défavorablement le pronostic.

## **Conclusions**

En conclusion, Mme D. \_\_\_\_\_ est une femme de 55 ans, mariée, mère de deux enfants qui ne rapporte pas d'antécédents tant familiaux que personnels préoccupants.

Sur le plan professionnel, il semble que la situation se soit dégradée ces dernières années et ce, déjà avant l'événement traumatique du 12.04.2008. Les difficultés relationnelles rapportées par l'assurée peuvent déjà évoquer une problématique psychotique, sans qu'on en sache plus.

Dans le contexte d'un accident d'équitation, l'assurée a développé une pathologie anxieuse et dépressive qualifiée de trouble de l'adaptation. Les altérations neuropsychologiques post traumatiques paraissent être restées minimales, même si l'expertisée rapporte les plaintes des traumatisés crânio-cérébraux (photophobie, intolérance au bruit et aux groupes).

Actuellement, le soussigné est persuadé qu'il est justifié d'admettre une incapacité de travail psychiatrique significative. Il propose de retenir ce qui a été retenu au dossier jusqu'au 03.02.2009. Il s'agit d'un 100% du 13.04.2008 au 22.06.2008, d'un 70% du 23.06.2008 au 06.07.2008 et d'un 50% d'un 100% du 07.07.2009 au 03.02.2009 et d'un 0% depuis lors.

Depuis le 26.03.2009, le soussigné propose d'admettre un 60% d'un 100% d'incapacité de travail psychiatrique. Celle-ci pourrait être fixée pour une longue durée.

Actuellement, le traitement pourrait être augmenté en quantité selon ce qui a été préconisé plus haut dans le texte. Des mesures professionnelles pourraient s'intégrer à la prise en soins.

Le pronostic reste difficile à formuler. Cette assurée a des ressources. Il y a pourtant la question d'une pathologie psychotique et ce qu'elle apporte de négatif en termes de gravité des troubles.

## **Réponses aux questions**

[...]

### **A. Questions cliniques**

#### **1. Anamnèse**

- a. Anamnèse professionnelle et sociale*
- b. Evolution de la maladie et résultats de thérapies*
- c. Données anamnestiques sans relation directe avec l'affection actuelle*

Voir texte

#### **2. Plaintes et données subjectives de l'assuré(e)**

Voir texte

#### **3. Status clinique**

Voir texte

#### **4. Diagnostics (selon classification ICD-10 / DSM-IV-TR)**

- a. Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?*

- Trouble dépressif majeur (état actuel sévère) (F32.2)

Le trouble s'est progressivement imposé depuis l'accident du 12.04.2006.

- b. Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail. Depuis quand sont-ils présents?*

Aucun sur le plan psychiatrique

#### **5. Appréciation du cas et pronostic**

Mme D. \_\_\_\_\_ est une femme de 55 ans, mariée, mère de deux enfants qui ne rapporte pas d'antécédents tant familiaux que personnels préoccupants.

Sur le plan professionnel, il semble que la situation se soit dégradée ces dernières années et ce, déjà avant l'événement traumatique du

12.04.2008. Les difficultés relationnelles rapportées par l'assurée peuvent déjà évoquer une problématique psychotique, sans qu'on en sache plus.

Dans le contexte d'un accident d'équitation, l'assurée a développé une pathologie anxieuse et dépressive qualifiée de trouble de l'adaptation. Les altérations neuropsychologiques post traumatiques paraissent être restées minimales, même si l'expertisée rapporte les plaintes des traumatisés crânio-cérébraux (photophobie, intolérance au bruit et aux groupes).

Actuellement, le soussigné est persuadé qu'il est justifié d'admettre une incapacité de travail psychiatrique significative. Il propose de retenir ce qui a été retenu au dossier jusqu'au 03.02.2009. Il s'agit d'un 100% du 13.04.2008 au 22.06.2008, d'un 70% du 23.06.2008 au 06.07.2008 et d'un 50% d'un 100% du 07.07.2009 au 03.02.2009 et d'un 0% depuis lors.

Depuis le 26.03.2009, le soussigné propose d'admettre un 60% d'un 100% d'incapacité de travail psychiatrique. Celle-ci pourrait être fixée pour une longue durée.

Actuellement, le traitement pourrait être augmenté en quantité selon ce qui a été préconisé plus haut dans le texte. Des mesures professionnelles pourraient s'intégrer à la prise en soins.

Le pronostic reste difficile à formuler. Cette assurée a des ressources. Il y a pourtant la question d'une pathologie psychotique et ce qu'elle apporte de négatif en termes de gravité des troubles.

## **B. Influences sur la capacité de travail**

### ***1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés***

- a. Au plan physique*
- b. Au plan psychique et mental*
- c. Au plan social*

Les limitations sont liées au trouble dépressif et mentionnées plus haut dans le texte.

### ***2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici***

- a. Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici ?*
- b. Description précise de la capacité résiduelle de travail?*
- c. L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures/jour)?*
- d. Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui dans quelle mesure?*
- e. Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?*
- f. Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?*

Au vu de ces éléments, le soussigné est d'avis qu'on doit ici admettre une incapacité de travail psychiatrique. Il la chiffre à 60% d'un 100%. Sur un plan médico-théorique, on devrait admettre que

Mme D. \_\_\_\_\_ serait capable d'avoir une activité professionnelle similaire à celle qu'elle exerçait auparavant à hauteur d'un 40% d'un 100%. L'incapacité de travail de 60% pourrait être fixée pour une longue durée.

Le pronostic est difficile à formuler. Il n'est pas nécessairement mauvais. Une telle pathologie pourrait répondre à une prise en soins conséquente. Il est dès lors souhaitable que cette situation soit évaluée régulièrement, peut-être à travers les simples rapports médicaux du médecin psychiatre traitant. Faire le point chaque six mois ne paraîtrait pas excessif au départ pour une pathologie qui n'a rien d'irréversible. La présence très probable d'éléments psychotiques grève néanmoins défavorablement le pronostic.

### **C. Influences sur la réadaptation professionnelle**

**1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables ? Si oui dans délai? Sinon, pour quelles raisons?**

**2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?**

*a. Si oui, par quelles mesures? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)*

*b. A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?*

La question du traitement médical est délicate. Le soussigné pense que la prise en soins pourrait être augmentée. La question d'une médication psychotrope se pose tout de même de façon sérieuse. On pourrait tenter des antidépresseurs un peu stimulants et exempts d'effets secondaires chez cette personne très réticente à accepter un médicament. Le moclobémide (Aurorix) pourrait être l'une des options. D'autres possibilités sont envisageables. Le soussigné éviterait ici les SSRI en raison des nausées et des problèmes digestifs en début de traitement.

Il paraît difficile d'imposer ce traitement médicamenteux à l'assurée. Tout au plus devrait on exiger d'elle que le suivi psychiatrique selon les règles de l'art puisse être attesté par un psychiatre FMH ou une institution psychiatrique.

Des mesures professionnelles pourraient avoir un sens. Il pourrait s'agir d'une simple aide au placement. Elles devraient s'inscrire dans une prise en soins intégrée incluant les intervenants du centre psychiatrique [...]."

Par projet de décision du 6 janvier 2012, l'OAI a informé la recourante de son intention de lui allouer une rente entière dès le 1<sup>er</sup> janvier 2010 (soit six mois après le dépôt de la demande).

**D.** Le 24 avril 2012, l'intimée a indiqué qu'à la lecture du dossier de l'OAI, il ressortait clairement que les troubles présents dès le 1<sup>er</sup> janvier 2012 étaient d'origine malade. En outre, dès le mois de janvier 2009, les

troubles qui affectaient l'assurée n'étaient plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 12 avril 2008.

Le 1<sup>er</sup> octobre 2012, la recourante a exposé que tant la causalité naturelle que la causalité adéquate entre l'accident et l'incapacité de travail totale persistant "à ce jour" devaient être admises. Par ailleurs, elle estimait qu'aucun expert psychiatre ne s'était penché sur la question de savoir si l'incapacité de travail après janvier 2009 était ou non liée à l'accident et qu'aucun médecin n'avait analysé la question de savoir si le fait qu'elle ait repris son emploi à temps partiel - alors qu'elle souffrait encore de séquelles tant physiques que psychiques - avait eu pour conséquence d'aggraver son état de santé.

Le 23 octobre 2012, l'intimée a maintenu sa position, soulignant notamment que de l'avis du Dr J. \_\_\_\_\_, la recourante pouvait reprendre son activité à 70% trois mois après l'accident.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, la décision, rendue dans le cadre d'une procédure d'opposition, était donc susceptible de recours auprès de l'autorité vaudoise compétente.

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

**c)** Le recours, interjeté en temps utile auprès de l'autorité compétente, satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable à la forme.

**2.** La recourante soutient que le tableau clinique qu'elle présente est typique des troubles occasionnés par un traumatisme crânio-cérébral.

L'intimée conteste la causalité naturelle au-delà du 31 décembre 2008 ainsi que la causalité adéquate avec les troubles présentés actuellement par la recourante.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à

d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua none* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. notamment ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

En cas d'état maladif antérieur, s'il y a lieu d'admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], vol. XIV, 2<sup>e</sup> éd., n° 80 p. 865).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc*

*ergo propter hoc*"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). 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 (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4; U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a, et les références citées; TF 6C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2).

Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a, dernier paragraphe; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv. consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du

caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, lors d'un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa (TFA U 142/05 du 6 avril 2006, consid. 2).

Si les lésions appartenant spécifiquement au tableau clinique des suites d'un traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établies, sont toutefois reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, ce sont les critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa qui doivent fonder l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a).

**4. a)** Lors d'une lésion au rachis cervical par accident de type "coup du lapin" ou d'un traumatisme crânio-cérébral, les plaintes de l'assuré sont difficiles à objectiver sur le plan médical en cas d'absence de preuves d'un déficit fonctionnel organique. Aussi, la jurisprudence a-t-elle posé des règles particulières pour trancher la question de la causalité naturelle. Dans ces éventualités, l'existence d'un tel lien 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, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1; TF U 29/07 du 16 janvier 2008, consid. 4.2). Il faut en outre que, médicalement, les plaintes puissent être attribuées de manière crédible à une atteinte à la santé; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 117 V 359 consid. 4b; TF U 29/07 du 16 janvier 2008, consid. 4.2). Par ailleurs, la jurisprudence exige que les troubles à la nuque ou à la colonne cervicale se manifestent dans une période de 72 heures suivant l'accident pour

qu'un lien de causalité naturelle puisse être admis (TF U 507/06 du 7 décembre 2007, consid. 4.3.1).

**b)** En l'occurrence, le service de neurochirurgie du CHUV a diagnostiqué un TCC et ce diagnostic n'est pas contesté par les parties. L'absence de déficit organique objectivable ne paraît pas non plus contestée. La question de la causalité naturelle peut rester ouverte dès lors que de toute manière, la causalité adéquate ne peut être retenue pour les motifs exposés ci-dessous.

**aa)** Dans l'arrêt 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante:

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé);
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé);
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée);

- l'intensité des douleurs (formulation modifiée);
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé);
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé);
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

**bb)** Pour juger de la gravité d'un accident, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 129 V 402; TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012; 8C\_813/2011 du 3 janvier 2013).

En l'occurrence, l'accident de la recourante doit être classé dans les accidents de gravité moyenne, ce qui n'est pas contesté.

**cc)** Il convient donc d'examiner si les critères énumérés plus haut sont remplis.

Si l'on peut admettre que le premier critère, soit celui du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, est rempli, tel n'est en revanche pas le cas des autres. Les blessures subies par la recourante ne sont pas particulièrement graves. Outre le TCC qualifié de simple, la recourante a souffert de fractures de l'os frontal droit et d'une cupulolithiase s'améliorant pas la suite. On ne voit pas en quoi le traitement a été spécifique et pénible ni qu'il y ait eu d'erreurs dans le traitement. Des douleurs subsistent mais le critère de l'intensité ne paraît pas rempli. On ne voit pas qu'il y ait eu des difficultés et des complications importantes. Enfin, s'agissant de l'incapacité de travail due à l'accident, celle-ci n'a pas été très importante puisque la recourante a pu reprendre son activité à temps partiel dès juin 2008; ce taux a varié ultérieurement mais le médecin traitant de l'assurée a lui-même attesté que dès début 2009, l'incapacité de travail résultait de maladie. Force est donc de constater qu'à l'exception du premier critère, les autres ne sont pas

remplis. Il y a donc lieu d'admettre que les troubles présentés par la recourante au moment de la décision n'étaient plus en relation de causalité adéquate avec l'accident.

**5.** Il convient finalement d'examiner jusqu'à quand l'assurance était tenue de verser ses prestations.

Le Dr Z.\_\_\_\_\_ estime la prise en charge maximum de l'assurance à six voire huit mois après l'accident. Dans un rapport de l'automne 2009, le Dr N.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, fait état de la dégradation de l'état psychique de l'assurée sans rapport avec l'accident. S'agissant de l'incapacité de travail, ce praticien fait clairement la différence, dans le même rapport, entre celle découlant de l'accident et celle résultant de maladie; l'incapacité de travail ensuite de l'accident se termine le 4 janvier 2009. L'expert F.\_\_\_\_\_ ne se prononce pas directement sur le lien de causalité; cette question n'était toutefois pas l'objet de son expertise dans la mesure où celle-ci a été ordonnée dans le cadre de la demande de prestations de l'assurance-invalidité.

En conséquence, il paraît justifier de retenir la date du 31 décembre 2008 pour le versement de toutes les prestations, à l'instar d'ailleurs des conclusions prises par l'intimée dans sa réponse. Il convient dès lors d'admettre partiellement le recours.

**6.** En définitive, le recours est partiellement admis et la décision attaquée réformée en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge jusqu'au 31 décembre 2008, les frais de traitement ensuite de l'accident du 12 avril 2008 et les indemnités journalières y relatives.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens réduits (art. 61 let. g LPGA et 56 al. 2 LPGA; ATF 135 V 473 consid. 2.1); il

convient d'arrêter le montant des dépens à 1'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
prononce :**

- I. Le recours déposé le 7 février 2011 par D.\_\_\_\_\_ est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 6 janvier 2011 par S.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que S.\_\_\_\_\_ est tenue de prendre en charge les frais de traitement ensuite de l'accident du 12 avril 2008 et les indemnités journalières, jusqu'au 31 décembre 2008.
  
- III. S.\_\_\_\_\_ versera à D.\_\_\_\_\_ la somme de 1'000 fr. (mille francs) à titre de dépens.
  
- IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Michèle Meylan (pour D.\_\_\_\_\_)
- S.\_\_\_\_\_
- 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 :