

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 22 octobre 2012

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : Mme Brélaz Braillard et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Berberat

* * * * *

Cause pendante entre :

S._____, à [...], recourante, représentée par Me Laurent Gilliard, avocat à Yverdon-les-Bains,

et

CAISSE P._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; 8 LPGA

E n f a i t :

A. S. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1971, est mère de quatre enfants, nés en [...], [...], [...] et [...]. Sans formation professionnelle, elle exerçait une activité lucrative auprès de plusieurs employeurs, notamment en qualité de caissière auprès du magasin [...] et de concierge auprès de la gérance [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels respectivement auprès de la Caisse P. _____ ou l'intimée et de la Caisse I. _____.

Le 14 février 2009, alors que l'assurée circulait normalement de Payerne à Fribourg sur une route enneigée, son véhicule a été percuté de plein fouet par une autre voiture arrivant en sens inverse, dont le conducteur avait perdu la maîtrise en raison de sa vitesse inadaptée et de la configuration des lieux (longue courbe à droite). A son admission à l'hôpital V. _____, l'assurée présentait des fractures de côtes, une fracture du manubrium sternal, une fracture de la crête iliaque droite, une fracture-tassement de D12, L1 et L5, une contusion pulmonaire bilatérale, une plaie au genou droit et une plaie occipitale. Le 20 février 2009, elle a subi une cyphoplastie en D12 et a bénéficié d'un traitement conservateur. Après avoir été prise en charge par le service de traumatologie de l'hôpital V. _____ jusqu'au 26 février 2009, elle a poursuivi sa convalescence à l'hôpital W. _____, jusqu'au 27 mars 2009.

Le cas a initialement été pris en charge par la Caisse I. _____ pour finalement être du ressort de la Caisse P. _____.

Par courrier du 26 mai 2009 adressé à la Caisse I. _____, le Dr T. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin adjoint à l'hôpital W. _____, a transmis le protocole opératoire de l'intervention du 20 février 2009 en exposant les éléments suivants s'agissant de son indication :

"Il s'agit d'une patiente avec fractures des côtes, fracture de la branche ischio-pubienne D ainsi que des fractures tassement de

D12, L1 et L5 suite à un AVP [accident de la voie publique]. Tout d'abord, nous instaurons un traitement conservateur, mais vu l'impossibilité de mettre en place un corset vu les fractures des côtes, nous mobilisons graduellement la patiente dans un traitement fonctionnel. Contrôle radiologique après quelques jours de mobilisation on note une péjoration des tassements en L1 et L5 avec des douleurs qui persistent raison pour laquelle nous décidons de pratiquer une cyphoplastie. La patiente est clairement informée des risques et des suites et donne son accord pour l'intervention".

Dans un rapport médical du 2 juin 2009, la Dresse Q. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, a mentionné que sa patiente se plaignait de douleurs thoraciques antérieures droites ainsi que de douleurs dorsolombaires pour lesquelles un traitement conservateur avec antalgiques et anti-inflammatoires avait été prescrit. Elle a attesté une incapacité de travail à 100 % dès le 14 février 2009.

Par certificat médical du 3 juin 2009, le Dr G. _____, médecin-assistant à l'hôpital V. _____, a retenu une incapacité de travail à 100 % du 3 avril au 30 juin 2009, à 80 % du 1^{er} au 31 juillet 2009, puis à 50 % dès le 1^{er} août 2009. Dans l'intervalle, l'assurée a subi une intervention de la vésicule biliaire en juin 2009 (cholécystectomie laparoscopique).

Par courrier du 24 juillet 2009 à la Caisse I. _____, le Dr T. _____ a retenu une capacité de travail de 20 % dès le 1^{er} juillet 2009, puis à 100 % dès le 1^{er} août 2009.

Par courrier du 12 août 2009 à la Caisse I. _____, les Drs C. _____ et B. _____, respectivement médecin-chef et chef de clinique de l'hôpital W. _____, site de [...], ont signalé que l'assurée avait été admise dans le service de médecine depuis le 3 août 2009 en raison d'un syndrome de stress post-traumatique (diagnostic principal) et d'un syndrome somatoforme douloureux (diagnostic secondaire). Ils ont indiqué que l'évolution était marquée par une recrudescence progressive des douleurs rachidiennes et thoraciques accompagnées de céphalées. Ils ont préconisé une hospitalisation de la patiente en milieu spécialisé (Clinique

N._____ à [...]) pour une réadaptation rachidienne et une prise en charge psychologique.

S._____ a finalement séjourné à la Clinique N._____ du 18 août au 23 septembre 2009 pour une rééducation en milieu stationnaire et un bilan global. Dans un rapport de synthèse du 29 septembre 2009, les Drs Z._____, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, chef du service de réadaptation de l'appareil locomoteur et J._____, médecin-assistant, ont posé les diagnostics suivants :

"DIAGNOSTIC PRIMAIRE

- Thérapies physiques et fonctionnelles

DIAGNOSTICS SECONDAIRES

- Rachialgies persistantes
- Céphalées tensionnelles et cervicogènes
- AVP le 14.02.2009 avec :
 - fracture des côtes I à gauche, V et VI à droite
 - fracture du manubrium sternal
 - fracture de la crête iliaque droite
 - fractures-tassements D12, L1, L5
 - minimes fractures-tassements du plateau supérieur de D2 et D3
 - contusions pulmonaires bilatérales
 - plaies du genou droit et occipitale
- Cyphoplastie D12, L1 et L5 le 20.02.2009
- Probable plexopathie brachiale gauche post-traumatique d'évolution favorable
- Petite hernie discale C4-C5 droite
- Petite hernie discale C5-C6 médiane
- Hernie discale C6-C7 droite

CO-MORBIDITES

- Plastie abdominale en 2004
- Césarienne en 1999
- Ablation d'un kyste dans la région dorsale en juillet 2009
- Cholécystectomie laparoscopique en juin 2009".

Les Drs Z._____ et J._____ n'ont pas mis en évidence d'origine neurologique aux céphalées et vertiges décrits par la patiente, mais ont préconisé, en cas de persistance de ses symptômes, une évaluation ORL. Par ailleurs, dans le cadre d'un consilium psychiatrique réalisé le 19 août 2009, la Dresse A._____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas retenu de diagnostic psychiatrique en particulier, pas de syndrome post-traumatique (PTSD [Post-traumatic stress disorder]), et n'a émis aucune certitude quant à un trouble

douloureux somatoforme persistant. Elle a ainsi précisé que l'assurée, bien intégrée en Suisse, de nature habituellement enjouée, active et disposant de bonnes ressources adaptatives, avait développé une attitude de catastrophisme quant à la gravité de ses lésions et leur pronostic. Elle était également très déstabilisée face au sentiment de perte de maîtrise de son corps. L'assurée ayant bénéficié d'un suivi psychothérapeutique au cours de son séjour, la Dresse A._____ a préconisé la poursuite d'un tel traitement conjugué à la prise d'un antidépresseur (rapport du 25 septembre 2009). S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, les Drs Z._____ et J._____ ont attesté une incapacité totale de travail du 23 septembre au 17 octobre 2009 en raison des indicateurs subjectifs dans le rouge (handicap fonctionnel subjectif et intensité de la douleur très élevée), des discordances et du comportement douloureux intense inadapté, laissant présager une évolution lente ainsi qu'une réintégration professionnelle difficile.

Dans un rapport du 18 janvier 2010 adressé à la Dresse Q._____, le Prof. U._____, chef de service de neurochirurgie, les Drs K._____, chef de clinique adjoint et M._____, médecin assistant à l'hôpital F._____, ont mentionné les éléments suivants dans le cadre de l'appréciation du cas de l'assurée :

"(...) Au niveau des cervico-brachialgies associées à des paresthésies le bilan radiologique datant de mars 2009 ne donne aucune explication (en effet racines cervicales libres ddc avec discrète asymétrie au niveau du foramen C5-C6 en défaveur de la droite n'expliquant pas la symptomatologie). Cependant au vu de l'ancienneté du bilan radiologique chez cette patiente qui a présenté une péjoration nette de ses symptômes en octobre de cette année, nous préconisons la réalisation d'une nouvelle IRM cervicale afin d'exclure une décompensation de son canal cervical étroit ou toute autre pathologie. Nous vous prions de bien vouloir nous adresser la patiente une fois cet examen effectué.

Au niveau des plaintes au niveau du membre inférieur, nous n'avons pas d'explication sur le scanner ni sur les radiographies fonctionnelles. Au vu de l'absence de déficit sensitif et moteur chez cette patiente présentant des paresthésies diffuses au niveau de membre inférieur gauche, nous préconisons une prise en charge antalgique avec adaptation de son traitement. Tant au niveau des cervicalgies qu'au niveau des lombalgies nous avons expliqué à la patiente la nécessité de se représenter aux urgences de l'hôpital F._____ si elle devait présenter l'apparition d'un déficit moteur ou

l'apparition de troubles génito-sphinctériens. Nous préconisons la réalisation d'un bilan ORL (sauf si déjà fait) dans le cadre de ses vertiges rotatoires post-traumatiques".

Dans l'intervalle, la Caisse I._____ a mandaté le Centre R._____ pour la réalisation d'une expertise orthopédique portant sur l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. Dans un rapport du 29 janvier 2010, le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a posé les diagnostics d'anciennes fractures de D12, L1 et L5, du sternum, de côtes et de la branche ischio-pubienne droite, ainsi que d'un syndrome douloureux lombo-pelvien persistant. Il a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse dont l'intensité ne pouvait être expliquée par les constatations morphologiques. Il a estimé que sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de concierge ou de caissière, alors que la capacité de travail était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (soit excluant le port de charges lourdes, la position en flexion du tronc, les mouvements répétitifs en flexion extension du tronc, les stations debout de longues durées, les longues marches ainsi que la position assise de longue durée).

Par courrier du 2 juin 2010, la Dresse Q._____, laquelle a régulièrement attesté une incapacité de travail totale depuis le 14 février 2009 en faveur de sa patiente, a indiqué que cette dernière se plaignait toujours de douleurs au rachis cervical et des deux membres supérieurs, ainsi que de toute la colonne dorso-lombaire. Elle avait en outre développé un état dépressif réactionnel.

Dans le cadre du dépôt d'une demande de prestations AI, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a mandaté la Dresse L._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour la réalisation d'une expertise. Dans son rapport du 30 août 2010, l'experte a retenu le diagnostic de status après notions d'épisode dépressif d'intensité sévère sans symptôme psychotique, actuellement en rémission partielle F 33.4 (intensité actuelle légère à moyenne avec syndrome somatique F 32.11). Elle a précisé que face à la notion de syndrome douloureux

persistant, l'évaluation des critères jurisprudentiels de gravité permettait de considérer la symptomatologie dépressive comme une comorbidité psychiatrique à caractère incapacitant. Au vu des antécédents d'atteinte dépressive sévère qui avait réduit la capacité de l'assurée à surmonter ses douleurs, il se justifiait de reconnaître une incapacité de travail totale pour des raisons psychiatriques depuis février 2009. Compte tenu de l'amélioration observée, une exigibilité professionnelle pouvait être attendue de l'expertisée à 50 % dès le 1^{er} octobre 2010, puis vraisemblablement à 100 % dès le 1^{er} janvier 2011.

Dans un courrier du 27 septembre 2010 adressé à la Dresse Q._____, le Dr D._____, spécialiste en médecine interne et médecin-conseil de la Caisse P._____, a indiqué qu'il partageait les avis des experts et qu'il recommandait à l'intimée de tenir compte d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il a toutefois préconisé une reprise progressive soit à 65 % dès le 15 novembre 2010, à 80 % dès le 15 décembre 2010, puis à 100 % dès le 1^{er} janvier 2011.

B. Par décision du 24 novembre 2010, la Caisse P._____, se référant à l'avis du Dr D._____ du 27 septembre 2010, a retenu que l'assurée présentait une capacité de travail à 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2010. Par conséquent, la Caisse P._____ a décidé de réduire les indemnités journalières versées dès le 1^{er} octobre 2010 compte tenu du taux de capacité de travail précité.

Dans son opposition du 27 décembre 2010, l'assurée a estimé qu'elle ne présentait aucune capacité de travail y compris dans une activité adaptée, au vu de son état douloureux chronifié extrêmement sévère, lequel ne s'était pas amélioré malgré l'intervention du service d'antalgie. Elle a dès lors soutenu que la diminution de ses indemnités journalières ne pouvait être ordonnée sans nouvelle expertise.

Dans un courrier du 22 décembre 2010 à la Dresse Q._____ faisant suite à un examen clinique de l'assurée en date du 19 novembre 2010, le Dr H._____, médecin-chef du centre [...], a retenu le diagnostic

de syndrome somatoforme douloureux chronique. Il a relevé que sur le plan ostéoarticulaire, l'incapacité de travail de 50 % selon le schéma déterminé par le Dr D._____ était possible. Il a attesté une incapacité de travail à 70 % les deux premières semaines de janvier, à 50 % les trois semaines suivantes et à 25 % les quatre semaines suivantes, puis une reprise normale du travail.

Par courrier du 11 janvier 2011 à la Dresse Q._____, le Dr ???_____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Caisse P._____, a rappelé que dans un précédent courrier daté du 7 décembre 2010, il avait recommandé dans le cas de l'assurée un séjour à la Clinique N._____ en vue d'une prise en charge spécialisée, laquelle n'était toutefois plus indiquée au vu de l'appréciation du Dr H._____. En effet, le cadre clinique ne relevait plus d'une prise en charge spécialisée, mais d'un syndrome douloureux chronique pour lequel le lien de causalité devait être examiné.

Au vu de ces éléments, la Caisse P._____ a mandaté la Dresse L._____ pour un complément d'expertise motivé par le bilan d'évolution de l'état de santé psychiatrique de l'assurée quant à l'exigibilité professionnelle et à l'évaluation des critères jurisprudentiels en présence d'un trouble somatoforme douloureux. Dans son rapport du 11 mars 2011 faisant suite à un examen clinique du 23 février 2011, la Dresse L._____ a conclu que :

"Sur le plan strictement psychiatrique, les séquelles de l'accident n'ont actuellement plus d'impact sur l'exigibilité professionnelle. Si l'on fait abstraction de l'intoxication aux opioïdes et du syndrome douloureux somatoforme qui ne sont pas reconnus comme des atteintes à la santé à caractère incapacitant au sens des assurances sociales, l'assurée n'a actuellement pas d'atteinte psychiatrique à la santé. Sur ce plan strictement psychiatrique, l'expertise de ce jour n'apporte aucun argument pour se distancer du rapport d'expertise du 30 août 2010 où il a été considéré que l'intéressée aurait pu avoir une exigibilité professionnelle de 50 % dès le 1^{er} octobre 2010 et de 100 % dès le 1^{er} janvier 2011".

La Dresse L._____ a enfin retenu que les plaintes de l'assurée et les constatations sur le plan psychiatrique n'étaient plus en

rapport de causalité directe avec l'accident du 14 février 2009, y compris s'agissant de l'intoxication aux opioïdes et de l'émergence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant.

Par une seconde décision du 15 avril 2011, la Caisse P._____ a considéré qu'il se justifiait de mettre un terme à ses prestations au 23 février 2011 en raison de l'absence de lien de causalité naturelle entre les plaintes actuelles et l'accident du 14 février 2009. Elle a en outre confirmé que l'exigibilité professionnelle était de 100 % dès le 1^{er} janvier 2011 et que par conséquent les indemnités journalières prenaient fin au 31 décembre 2010.

Dans son opposition du 18 mai 2011, l'assurée conteste les rapports d'expertise des Drs X._____ et L._____. Elle demande la mise en œuvre de nouvelles expertises tant physique que psychiatrique ainsi que la poursuite du versement des indemnités journalières.

Par décision sur opposition du 29 août 2011, la Caisse P._____ a rejeté les oppositions formées et a confirmé ses décisions des 24 novembre 2010 et 15 avril 2011.

C. Par acte de son mandataire du 30 septembre 2011, S._____ recourt contre la décision sur opposition du 29 août 2011. Elle conclut à l'admission de son recours et à la réforme de la décision attaquée, en ce sens que l'intimée est tenue de continuer à lui verser ses prestations à 100 %, notamment les indemnités journalières. Sur le plan somatique, elle fait valoir que les conclusions du Dr X._____ ne sont pas claires. Elle rappelle que dans un premier temps, le Dr ???_._____ avait recommandé à l'intimée un séjour de la recourante à la Clinique N._____, ce qui démontre que les conclusions du Dr X._____ prêtent à discussion. Dans ce contexte, une expertise s'impose ; son refus équivaldrait à une violation de l'art 6 § 1 de la CEDH. Sur le plan psychiatrique, elle constate que la Dresse L._____ exclut tout lien de causalité, ce qui est contesté par la psychiatre traitante de la recourante qui a observé chez celle-ci un état dépressif sévère avec anhédonie, aboulie et trouble du sommeil. En

outre, son médecin traitant a relevé dans un rapport du 28 février 2011 à l'AI "*l'existence d'un retentissement majeur de la douleur et de l'état dépressif sur toutes les facettes de l'existence de la patiente, avec inactivité et isolement total et intolérance au stress*". Compte tenu des contradictions entre les deux psychiatres, la recourante soutient qu'une nouvelle expertise psychiatrique s'impose. Elle se demande au demeurant s'il était raisonnable de nommer un expert venant de [...], mais d'une autre ethnie. Elle estime enfin qu'il convient de retenir l'existence d'un lien de causalité adéquate, l'accident se situant à la limite inférieure du cas grave, les conséquences ayant été dramatiques compte tenu des douleurs qui subsistent.

La recourante a également déposé une demande d'assistance judiciaire.

Par décision du 28 septembre 2011 (A11.036165), le précédent juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 28 septembre 2011 et a nommé Me Laurent Gillard en qualité d'avocat d'office. La recourante a été toutefois astreinte à s'acquitter d'une franchise mensuelle de 50 fr. dès le 1^{er} octobre 2011.

Dans sa réponse du 3 novembre 2011, l'intimée a procédé à l'examen des critères mis en évidence par la jurisprudence pour déterminer l'existence d'un lien de causalité adéquate. L'intimée estime que seul l'un des critères peut être considéré comme partiellement présent, soit les douleurs physiques persistantes, mais qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité adéquate entre les troubles actuels et l'accident du 14 février 2009. L'intimée conclut au rejet du recours, sans frais, ni dépens.

Dans sa réplique du 3 janvier 2012, la recourante confirme les conclusions de son recours. Elle soutient que l'expertise devra notamment déterminer si le traitement qu'on lui a prodigué était véritablement adapté et si les séquelles dont elle souffre ne sont pas dues à de mauvais choix.

Dans sa duplique du 26 janvier 2012, l'intimée rappelle que le Dr X. _____ n'a pas mis en évidence de complications susceptibles d'expliquer l'importance de la symptomatologie douloureuse. Il n'y a en outre pas de contradiction à retenir des séquelles accidentelles et à conclure à une capacité de travail entière dans une profession adaptée. La Dresse L. _____ a, pour sa part, mis en évidence un problème d'interaction médicamenteuse dangereuse "*qui ne semble gêner ni la Dresse Q. _____, ni la psychiatre traitante de la recourante*".

Dans ses déterminations du 21 mars 2012, la recourante a confirmé sa demande de surexpertise.

Par courrier du 20 avril 2012, Me Gilliard a déposé sa liste des opérations.

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 (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), est donc recevable.

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

2. En l'espèce, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations d'assurance de l'intimée pour la période postérieure au 30 septembre 2010. L'intimée a effet considéré que la recourante était capable de travailler à 50 % dans une activité adaptée dès le 1^{er} octobre 2010 ce qui entraînait la réduction du montant des indemnités journalières. L'intimée a par la suite ordonné la cessation de leur versement au 31 décembre 2010, compte tenu d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, puis a mis un terme au versement de toutes ses prestations au 23 février 2011, sous réserve de l'examen d'une atteinte à l'intégrité au vu des séquelles strictement somatiques de l'accident du 14 février 2009. La recourante, quant à elle, soutient que l'intimée doit être tenue de lui verser des prestations à 100 %, notamment les indemnités journalières.

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. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide (art. 8 LPGA) à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité. Selon l'art. 8 al. 1 LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu du travail que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé à celui que l'assuré devenu invalide par suite d'un accident pourrait obtenir en exerçant l'activité qu'on peut raisonnablement attendre de lui, après exécution éventuelle de traitements et de mesures de réadaptation et compte tenu d'une situation équilibrée du marché du travail (art. 16 LPGA, auquel renvoie implicitement l'art. 18 al. 2 LAA ; TF 8C_125/2010 du 2 novembre 2010,

consid. 2 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit, 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n. 165 p. 898).

b) L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose toutefois un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 consid. 4).

L'exigence du lien de causalité naturelle 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. 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié TFA U 80/05 du 18 novembre 2005 consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 337 consid. 1).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TFA U_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., 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"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, pp. 340 ss; TFA U 215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

c) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.4.1 *in limine*). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403, consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

d) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement.

L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave.

En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat des troubles psychiques de l'assuré soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4; 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

3. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Le juge apprécie librement les preuves médicales recueillies. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a).

L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010, consid. 3.3).

4. a) En l'espèce, l'expert X._____ a posé les diagnostics d'anciennes fractures de D12, L1 et L5, du sternum, de côtes et de la branche ischio-pubienne droite, ainsi que d'un syndrome douloureux lombo-pelvien persistant. Il a relevé que la recourante présentait une symptomatologie douloureuse dont l'intensité ne pouvait être expliquée par les constatations morphologiques (rapport du 29 janvier 2010). Mis à part un status douloureux, tant l'expert que les divers intervenants

(Dr T._____, Clinique N._____), n'ont pas trouvé d'explication morphologique à la persistance d'une symptomatologie douloureuse d'une telle intensité. Quant aux examens radiologiques effectués depuis l'accident (CT-scan cervical, CT-scan thoraco-abdominal, CT-scan dorso-lombaire et IRM du plexus brachial), ils présentaient des résultats sans particularité. Pour l'expert, sur le plan somatique, la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle de concierge ou de caissière, alors que la capacité de travail était complète dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles (soit excluant le port de charges lourdes, la position en flexion du tronc, les mouvements répétitifs en flexion extension du tronc, les stations debout de longues durées, les longues marches ainsi que la position assise de longue durée). Cette appréciation est corroborée par celles des Dr D._____, (courrier du 27 septembre 2010) et H._____ (courrier du 22 décembre 2010) ce dernier s'étant prononcé en faveur d'un syndrome somatoforme douloureux.

b) Sur le plan somatique, la Cour de céans ne voit aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr X._____ dont le rapport d'expertise remplit toutes les exigences auxquelles la jurisprudence soumet la valeur probante d'un tel document. L'intimée n'a ainsi violé ni le droit fédéral, ni l'art. 6 § 1 CEDH, en accordant plus de valeur probante à une expertise qu'à l'avis de la Dresse Q._____, qui s'est prononcée sous un angle général dans le cadre d'une relation thérapeutique entre patiente et médecin, se fondant en grande partie sur les plaintes de sa patiente relatives à des douleurs au rachis cervical, aux deux membres supérieurs, ainsi qu'à la colonne dorso-lombaire, plaintes dont on ne saurait déduire l'existence d'une incapacité de travail. Les griefs de la recourante sont donc en tous points mal fondés.

Il convient par conséquent de retenir qu'au-delà de la date de l'expertise du Dr X._____ à tout le moins (rapport du 29 janvier 2010, réponse de l'expert à la question 7 h, p. 13), la recourante présentait sur le plan somatique une pleine capacité de travail dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles décrites ci-dessus.

5. Il convient dès lors d'examiner le cas de la recourante en dehors de la sphère somatique sous l'angle d'un éventuel trouble somatoforme douloureux.

a) Le rapport d'expertise psychiatrique établi par la Dresse L._____ à l'intention de l'OAI en date du 30 août 2010 retient que la recourante s'est effondrée au moment où on l'a informée (selon les dires de la recourante, trois jours après l'intervention du 20 février 2009) qu'elle devait quitter l'hôpital pour rentrer chez elle alors qu'elle ne se sentait pas encore guérie, souffrant d'importantes difficultés de mobilisation. Elle a ainsi développé une symptomatologie dépressive dont l'intensité a vraisemblablement été sévère au vu des intentions suicidaires et d'une positivité de tous les signes de dépression au sens des classifications internationales. La coexistence d'une symptomatologie douloureuse chronique avec une symptomatologie dépressive a pu ainsi réduire les moyens psychiques de la recourante à surmonter ses douleurs. Si la Dresse L._____ a considéré cette symptomatologie dépressive comme une comorbidité psychiatrique à caractère invalidant, elle a toutefois constaté que l'examen clinique du 18 août 2010 montrait une amélioration globale des signes dépressifs avec persistance d'une intensité légère à moyenne avec syndrome somatique. Elle a dès lors attesté d'une capacité de travail à 50 % dès le 1^{er} octobre 2010, puis à 100 % dès le 1^{er} janvier 2011. Dans son rapport d'expertise complémentaire du 11 mars 2011, la Dresse L._____ a confirmé les conclusions contenues dans son rapport du 30 août 2010, compte tenu de l'absence de signe dépressif spécifique. L'experte a en outre retenu que le syndrome douloureux somatoforme persistant n'avait aucune influence sur la capacité de travail de la recourante, après examen de l'ensemble des critères jurisprudentiels au vu de l'absence de comorbidité psychiatrique.

b) La recourante conteste la valeur probante des rapports de la Dresse L._____ se référant, dans le cadre de son recours, à l'appréciation de sa psychiatre traitante laquelle aurait retenu un trouble dépressif sévère avec anhédonie, aboulie et trouble du sommeil. La recourante critique enfin l'origine de l'experte, arguant qu'il n'était pas

raisonnable de la désigner au vu de sa propre ethnie. S'agissant d'une atteinte psychique, la force probante des rapports médicaux figurant au dossier ne devrait en principe être évaluée que pour autant qu'il existe un lien de causalité adéquate entre l'accident et ladite atteinte. Dans la mesure où l'existence d'une causalité adéquate est une question de droit que la Cour de céans peut examiner sans procéder à un éventuel complément d'instruction (cf. consid. 2c supra) et qui conduit en cas d'inexistence à nier le droit aux prestations de la LAA pour ce motif, il convient d'examiner au préalable l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident du 14 février 2009.

Pour juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles psychiques développés ensuite par la victime, le Tribunal fédéral a classé les accidents en trois catégories (graves, moyennement graves et de peu de gravité) et a précisé à cet effet qu'il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même, en fonction de son déroulement. Il a jugé à cet égard qu'un accident automobile survenu la nuit sur une route nationale à une vitesse vraisemblablement élevée et qui a entraîné la mort d'une personne - la passagère du véhicule accidenté qui se trouvait être la mère de la conductrice - doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents graves (TF U 18/07 du 7 février 2008). Il a jugé de même d'un accident de la circulation dans un tunnel ayant impliqué trois véhicules, provoquant le décès d'une personne et blessant plusieurs autres (SBVR XIV-Meyer, Soziale Sicherheit, F n. 92).

c) La recourante soutient que l'accident dont elle a été victime le 14 février 2009 se situe à la limite inférieure d'un accident grave.

Pour juger de la gravité de l'accident litigieux, il convient de faire abstraction de la manière dont la recourante a ressenti et assumé le choc traumatique pour se concentrer sur les circonstances objectives de

l'accident. Cela étant, il ressort du rapport de gendarmerie que le véhicule de la recourante a été percuté de plein fouet, par une autre voiture arrivant en sens inverse, dont le conducteur avait perdu la maîtrise en raison de sa vitesse inadaptée et de la configuration des lieux. Certes, l'intéressée et sa passagère ont été blessées. Toutefois, si l'on compare les circonstances objectives telles qu'elles viennent d'être décrites aux exemples de la jurisprudence précités, soit deux cas dans lesquels le Tribunal fédéral n'a pas retenu l'accident grave malgré la présence de plusieurs véhicules impliqués et le décès d'une personne (cf. consid. 5b supra), il n'est pas contestable que non seulement cet accident doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, mais encore que dans cette catégorie, il ne se situe pas non plus à la limite des cas graves (cf. consid. 2d).

C'est donc à juste titre que l'intimée a qualifié l'accident du 14 février 2009 d'accident de gravité moyenne (réponse du 3 novembre 2011).

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

La recourante allègue des douleurs persistantes cervicales, interscapulaires, lombaires, des vertiges et des maux de tête. En l'espèce, plusieurs médecins qui se sont prononcés sur le cas ont relevé des discordances entre les plaintes de la recourante et leurs observations. Ainsi, dans leur rapport de synthèse du 29 septembre 2009, les Drs Z._____ et J._____ de la Clinique N._____ ont signalé "une discordance difficilement explicable entre les anomalies objectives et les plaintes ainsi que le handicap fonctionnel subjectif". De même, le

Dr X. _____ n'a, dans son rapport d'expertise orthopédique du 29 janvier 2009, pas mis en évidence "de complications susceptibles d'expliquer l'importante symptomatologie douloureuse et les limitations fonctionnelles dont elle se plaint". Il a ainsi donné l'exemple des cannes anglaises dont se sert la recourante, dont l'utilisation est selon l'expert "non compréhensible", car elle n'est pas classique, la recourante les utilisant "pour des raisons de sécurité en raison des vertiges et décharge de la colonne vertébrale". Le Dr X. _____ a dès lors considéré qu'une activité adaptée était exigible en retenant des limitations fonctionnelles en lien avec les seuls troubles somatiques explicables d'un point de vue morphologique. Cela étant, il convient de retenir que le critère relatif à l'intensité des douleurs n'est pas réalisé en l'occurrence. Rien ne permet de retenir non plus, à la lecture du dossier, qu'il y aurait eu des erreurs ou des complications dans le traitement médical. En outre, les lésions physiques n'étaient pas de nature, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques. La recourante a subi une longue incapacité de travail, ainsi que des douleurs persistantes pendant une longue durée, sans toutefois que l'on puisse les rattacher à un substrat organique. Le Dr X. _____ a certes précisé que le traitement par cyphoplastie vertébroplastie ne faisait pas l'unanimité dans la communauté des chirurgiens orthopédistes. Il a néanmoins relevé qu'aucune complication susceptible d'expliquer l'importante symptomatologie douloureuse n'avait pu être mise en évidence. Quant à la durée dudit traitement, elle n'apparaît pas anormalement longue. On relèvera au demeurant qu'il s'est agi ici d'un traitement conservateur consistant essentiellement en des séances de physiothérapie et d'une médication antalgique. En ce qui concerne l'incapacité de travail, on constate que le Dr G. _____ a reconnu une incapacité de travail à 100 % du 3 avril au 30 juin 2009, à 80 % du 1^{er} au 31 juillet 2009, puis à 50 % dès le 1^{er} août 2009 (certificat médical du 3 juin 2009). Dans l'intervalle, la recourante a subi une intervention de la vésicule biliaire. La Dresse Q. _____ a certes attesté d'une totale incapacité de travail dès le 14 février 2009. Cela étant, selon la jurisprudence, 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 peuvent être enclins, en cas de doute, 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 cons. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 cons. 3b/bb et cc; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2). Le Dr T. _____ a toutefois reconnu une capacité de travail de 20 % dès le 1^{er} juillet 2009, puis à 100 % dès le 1^{er} août 2009 (courrier du 24 juillet 2009). Le 3 août 2009, la recourante a été hospitalisée en raison d'un syndrome de stress post-traumatique (diagnostic principal) et d'un syndrome somatoforme douloureux (diagnostic secondaire), l'évolution étant marquée par une recrudescence progressive des douleurs rachidiennes et thoraciques accompagnées de céphalées. L'importance de ces douleurs doit toutefois être relativisée en l'espèce dans la mesure où celles-ci, censées diminuer avec le temps, ont été entretenues et majorées par la problématique psychique.

e) Au regard de l'ensemble des circonstances du cas, la Cour de céans considère que les critères posés par la jurisprudence pour admettre le rapport de causalité adéquate entre l'événement du 14 février 2009 et les atteintes à la santé psychique de la recourante subsistant au 1^{er} janvier 2011 ne sont pas remplis. Le dossier étant complet et permettant donc à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction en ordonnant une expertise judiciaire. La requête en ce sens de la recourante doit ainsi être rejetée.

6. Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que l'intimée a cessé la prise en charge de tout traitement médical au 23 février 2011, qu'elle a réduit les indemnités journalières au 31 octobre 2010, avant de les supprimer au 31 décembre 2010.

Il convient cependant de retenir que si la recourante présente une capacité de travail entière, celle-ci est limitée à une activité adaptée pour des raisons somatiques et ne permet plus à l'intéressée de travailler

en qualité de concierge, de caissière ou encore de femme de ménage (rapport d'expertise du 29 janvier 2010 du Dr Gonseth, réponses aux questions 7a et 7b, p. 12). Ce changement de profession est dès lors susceptible d'engendrer une perte de gain supérieure à 10 % (art. 7 et 8 al. 1 LPGA ; 18 al. 1 LAA), qui n'a toutefois pas fait l'objet d'un examen, alors que tel doit être le cas, lorsque, comme en l'espèce, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières a cessé (cf. art. 19 al. 1 LAA). Dans sa décision sur opposition du 29 août 2011, l'intimée a réservé l'examen d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité pour les séquelles strictement somatiques. Il lui incombait toutefois de fixer en même temps une éventuelle rente d'invalidité (art. 24 al. 2 LAA) en procédant à la comparaison des revenus avant et après invalidité (art. 16 LPGA).

Il sied par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle détermine si la recourante a droit à une rente d'invalidité, cas échéant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA), puis qu'elle rende une nouvelle décision à cet effet.

7. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Ayant obtenu partiellement gain de cause, la recourante peut prétendre une indemnité de dépens réduite à la charge de l'intimée (art. 55 LPA-VD et art. 61 let. g LPGA), qu'il y a lieu de fixer à 1'000 francs.

La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Laurent Gilliard, à compter du 28 septembre 2011 jusqu'au terme de la présente procédure (art. 118 al. 1 let. c CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Celui-ci a produit la liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et arrêtée à 1'965 fr. 40 (dont 144 fr. de TVA à 8 %) à titre d'honoraires et débours. Compte tenu d'une indemnité de dépens de 1'000 fr., une indemnité d'office de 965 fr. 40 sera versée au titre de l'assistance judiciaire.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton à hauteur de 965 fr. 40, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 CPC). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ) en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision rendue le 29 août 2011 par la Caisse P. _____ est réformée, en ce sens que la décision est confirmée s'agissant de la cessation du versement des indemnités journalières et du traitement médical, la cause étant renvoyée à l'intimée pour nouvelle décision sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité.
- III. L'intimée versera à la recourante une indemnité de dépens de 1'000 francs.
- IV. Une indemnité d'office de 965 fr. 40 (débours et TVA compris), est allouée à Me Laurent Gilliard, conseil de la recourante.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Laurent Gilliard (pour la recourante), avocat à Yverdon-les-Bains,
- La Caisse P. _____ (intimée), à [...],
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

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 :