

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 août 2013

Présidence de Mme DESSAUX
Juges : MM. Gerber, juge suppléant et Berthoud, assesseur
Greffier : M. Addor

* * * * *

Cause pendante entre :

C._____, à Vevey, recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat à Lausanne,

et

HELSANA ACCIDENTS SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1, 10 al. 1 et 19 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. C._____ (ci-après: l'assurée), née en 1966, a travaillé comme assistance sociale à la Commune de Q._____ depuis 1992 à mi-temps (50%). A ce titre, elle était assurée auprès d'Helsana Accidents SA contre les accidents professionnels et non professionnels.

B. En été 2006, elle a présenté une symptomatologie anxio-dépressive dans le cadre d'un conflit conjugal. La situation s'est aggravée, entraînant une incapacité de travail complète dès novembre 2006, puis une hospitalisation à la Clinique W._____ du 1^{er} février au 2 mars 2007 pour un syndrome anxio-dépressif sévère. La situation s'est ensuite améliorée, parallèlement à la séparation conjugale en mai 2007. En octobre 2007, l'assurée a été opérée du tunnel carpien à la main droite. Elle a repris le travail à 50% le 26 novembre 2007 jusqu'au 13 décembre 2007. Il y a eu ensuite une période d'incapacité totale de travail du 14 au 31 décembre 2007 et puis une incapacité de travail de 50% du 1^{er} janvier au 29 février 2008, l'assurée travaillant à 25%.

Selon un rapport médical du 4 février 2008 du Dr X._____, psychiatre traitant de l'assurée, celle-ci se plaignait toujours d'un état anxio-dépressif omniprésent avec une labilité d'humeur difficilement gérable mais surtout des troubles de la concentration l'amenant à reprendre très progressivement et toujours avec difficulté ses responsabilités ménagères, maternelles et depuis peu professionnelles. Elle souffrait de perte de confiance en elle qui la laissait soumise à ses angoisses et à des phases de régression. Le Dr X._____ retenait un diagnostic de personnalité borderline et narcissique. L'évolution apparaissait positive avec diminution de la labilité émotionnelle. L'émergence d'émotions incontrôlées laissait cependant l'assurée dans la crainte d'un nouvel effondrement.

C. Le 9 mars 2008 au soir, l'assurée était en train de retirer un objet du coffre de sa voiture lorsque son fils a fermé le coffre de la voiture

sans se rendre compte que sa mère était encore penchée dans le coffre. Dans la déclaration de sinistre du 17 avril 2008, l'assurée a décrit l'accident comme suit:

« Me rendant compte de [l'] action [de mon fils], j'ai retiré vivement la tête en arrière, provoquant un coup du lapin. De plus, j'ai reçu le coin de la porte du coffre sur le côté gauche du front. »

Dans le cadre d'une expertise médicale datée du 3 novembre 2008, le Dr D._____, spécialiste en neurologie, a rapporté dans l'anamnèse fournie par l'assurée qu'il y avait eu choc « au niveau cervical » et que la tête avait été « projetée en avant avec un impact au niveau du front à gauche ». Dans un rapport du 19 janvier 2009 fondé sur un entretien avec l'assurée, la responsable du case management d'Helsana a rapporté que celle-ci avait reçu la porte du coffre « sur sa nuque provoquant ainsi un coup du lapin ». Une expertise du 9 septembre 2009 de la Clinique H._____ a décrit l'événement du 9 mars 2008 et ses suites comme suit:

« [A] lors que l'assurée rentrait à son domicile vers 20h elle se penche dans le coffre de sa voiture. Son fils ferme violemment la porte du coffre, l'assurée veut éviter le choc en se jetant en arrière, mais reçoit la porte du coffre sur le front à gauche ce qui provoque un mouvement d'hyperextension de la colonne cervicale. Elle ressent une importante douleur frontale et cervicale. Elle hurle et doit s'asseoir sur le trottoir, luttant pour ne pas perdre connaissance. Avec l'aide de son fils elle va se coucher immédiatement. Pendant la nuit, elle ressent des nausées. Le lendemain au réveil elle se sent bien jusque vers midi. Alors qu'elle doit amener son fils dans une consultation hospitalière et doit répondre à des questions le concernant, elle se rend compte qu'elle n'arrive plus à faire des calculs simples. Dans l'après-midi, alors qu'elle va chercher son autre fils elle doit arrêter de conduire sa voiture car elle se rend compte qu'elle roule trop vite et a peur de ne pas pouvoir la contrôler. Elle stationne son véhicule et rentre à pieds mais constate une difficulté à la marche avec des nausées et un besoin de dormir. Lorsqu'elle rentre elle a de la peine à manger. Dans la nuit elle ressent un malaise avec des vomissements et une diminution de la sensibilité de l'hémicorps droit avec de la peine à s'exprimer et une asymétrie de la bouche en défaveur de la droite. Elle est amenée à l'Hôpital J._____ en ambulance. Après des examens cliniques et un scanner, on lui annonce qu'elle peut rentrer à domicile le 13 mars bien qu'elle ne s'en sente pas du tout capable. Le retour est marqué par une augmentation des céphalées, des cervicalgies et des paresthésies. Elle consulte alors le Dr N._____ le 14 mars qui l'hospitalise en urgence à l'Hôpital B._____ où elle séjourne 3 semaines mais où, selon elle, il ne se passe rien. On lui dit qu'elle n'a rien de grave alors qu'elle a des troubles de la parole, de la lecture, de la concentration et des troubles sensitifs de

l'hémicorps droit. Elle insiste pour avoir un contrôle neurologique et obtient d'être transférée à la Clinique R. _____ le 8 avril. Elle y séjourne plusieurs semaines avec une rééducation intensive de physiothérapie, ergothérapie, logopédie et neuropsychologie. Elle est très contente de ce séjour et constate une amélioration. Par la suite elle est suivie par le Prof. G. _____ et le Dr N. _____. Elle bénéficie de séances d'ergothérapie une fois par semaine pendant deux mois environ. »

Selon le certificat médical initial daté du 26 mai 2008 de la Dresse P. _____, du Service de chirurgie de l'Hôpital J. _____, l'assurée a reçu une porte de coffre sur la tête sans perte de conscience ni amnésie circonstancielle. Des céphalées, une photophobie, une dysarthrie et une bradypsychie avec hémisyndrome sensitif droit sont apparues progressivement. Un scanner cérébral natif et injecté n'a pas mis en évidence de lésions traumatiques. La Dresse P. _____ a posé le diagnostic de traumatisme crânien.

Selon l'expertise du 3 novembre 2008 du Dr D. _____, l'assurée souffrait principalement d'un syndrome subjectif post-traumatique après traumatisme crânio-cérébral sans commotion cérébrale lié à un status après traumatisme cervical sans lésion osseuse. S'agissant du lien de causalité avec l'événement du 9 mars 2008, le Dr D. _____ s'exprimait comme suit:

« L'accident du 09.03.2008 a engendré un syndrome post-traumatique subjectif auquel il convient de rattacher une asthénie, un syndrome douloureux centré autour de la tête, de la nuque et de la région dorso-lombaire, une labilité émotionnelle, des troubles attentionnels, une décompensation d'une exophorie et une possible cupulolithiase gauche. Cet état a engendré un état de « catastrophisation » notamment devant ses échecs dans ses activités quotidiennes. Ceci a engendré un regain de stress expliquant ainsi une partie des troubles neurovégétatifs constatés par les différents intervenants (acroparesthésies des extrémités, nausées, vomissements notamment.) L'ensemble de cette symptomatologie me semble devoir être rattaché de façon certaine à l'accident nous occupant. »

Selon cette expertise du 3 novembre 2008, s'il existait un état anxio-dépressif antérieur ayant motivé un séjour à la Clinique W. _____ en 1997, il semblait que cette situation était stabilisée de l'avis de l'assurée et en l'absence de manifestation clairement évocatrice d'un état

dépressif lors de l'examen expertal, l'ensemble de la prise en charge de l'assurée aurait dû permettre à celle-ci de reprendre confiance en elle-même et de reprendre, à moyen terme (c'est-à-dire avant novembre 2009), ses activités professionnelles antérieures.

Suite à la transmission par l'assurance de rapports médicaux des années 2007 et 2008 au Dr D._____, celui-ci a rendu un complément d'expertise, daté du 29 juin 2009, dans lequel il est revenu sur ses conclusions du 3 novembre 2008. Il a estimé nouvellement que l'état anxio-dépressif de l'assurée était nettement plus important que rapporté dans le cadre de son examen du 5 septembre 2008 ayant conduit à l'expertise du 3 novembre 2008. Il a conclu à l'existence d'éléments de majoration notamment en ce qui concerne les troubles de la sensibilité, les paresthésies et les troubles de l'équilibre. L'amélioration transitoire de l'état de l'assurée avec la persistance d'un hémisyndrome sensitif mal systématisé n'évoquait pas en premier lieu une atteinte organique. De plus, la chronologie et l'évolution n'étaient pas celles attendues dans un cadre post-traumatique où on s'attendrait à un trouble stabilisé ou s'améliorant ultérieurement. Le Dr D._____ rapportait un contact téléphonique avec le Prof. G._____ qui concluait à l'inexistence de substrat organique aux plaintes qui étaient de caractère fonctionnel. En conclusion, pour le Dr D._____, il n'existait plus de relation de causalité adéquate ou naturelle entre les troubles persistants et le traumatisme crânio-cérébral sans commotion cérébrale et son syndrome cervical post-traumatique subjectif. Le Dr D._____ ne retenait plus les diagnostics post-traumatiques émis dans son expertise du 3 novembre 2008. Il concluait en revanche à l'existence d'éléments de majoration notamment en ce qui concerne les troubles de la sensibilité, les paresthésies et les troubles de l'équilibre.

Selon les rapports médicaux du Dr F._____, médecin adjoint de l'Hôpital ophtalmique L._____ de Q._____, datés du 12 décembre 2008 et du 3 février 2009, aucune lésion neuro-ophtalmique n'a été diagnostiquée.

Le 21 juin 2009, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de l'assurance, a déclaré que, sur la base des nouveaux éléments et en particulier du rapport médical du Dr D._____, l'assurée ne souffrait plus d'un problème objectif accidentel mais probablement d'un trouble psychologique préexistant ayant entraîné une dissimulation de faits importants. Dans un tel contexte, l'événement bénin accidentel aurait dû être réglé après deux à trois semaines, le statu quo sine étant atteint au plus tard un mois après l'événement, à la sortie de l'hôpital. Le 8 février 2010, le Dr K._____ a confirmé son appréciation du 21 juin 2009.

A la demande de l'assurance-invalidité, l'assurée a séjourné du 10 au 12 août 2009 à la Clinique H._____. Selon l'expertise du 9 septembre 2009 du Dr Z._____, spécialiste en neurologie, du Dr S._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne, et de la Dresse A._____, spécialiste en psychiatrie et en psychothérapie, l'assurée souffrait d'un syndrome post-commotionnel (F07.2) en liaison avec un status après un traumatisme crânio-cérébral et une entorse cervicale simples le 9 mars 2008. L'expertise concluait que l'assurée avait subi le 9 mars 2008 un traumatisme crânio-cérébral léger même si elle n'avait pas perdu connaissance au moment de l'accident du 9 mars 2008; elle avait également vraisemblablement subi une entorse cervicale avec un mouvement brusque d'hyperextension. Il n'y avait cependant aucun argument clinique ou radiologique pour penser que ce traumatisme ait engendré des lésions cérébrales ou cervicales. Au terme de son expertise psychiatrique, la Dresse A._____ a conclu qu'il existait une rémission de la dépression entre novembre 2007 et la survenance de l'accident le 9 mars 2008. L'évaluation psychiatrique lors de l'expertise ne permettait pas de retenir un trouble dépressif même si certains éléments anxio-dépressifs transitoires s'étaient manifestés dans les premiers temps. La symptomatologie, l'hypervigilance et l'anticipation anxieuse ne s'apparentaient pas à un trouble de conversion, la description du syndrome post-commotionnel de la CIM-10 qualifiant parfaitement les troubles que présentait l'assurée. Au vu des renseignements complémentaires fournis par le Dr X._____, psychiatre traitant de

l'assurée, à la Clinique H._____ lors d'un entretien téléphonique, la Dresse A._____ concluait que la problématique dépressive présentée par l'assurée était liée à sa problématique conjugale et qu'elle s'était améliorée après la séparation et grâce au traitement médicamenteux et psychothérapeutique à tel point qu'elle n'était plus un problème au moment de l'expertise du Dr D._____ le 5 septembre 2008. Par contre le Dr X._____ mettait en évidence les caractéristiques de personnalité de l'assurée confirmant une certaine fragilité chronique qui l'amenait à des rechutes plutôt anxieuses. La Dresse A._____ a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel après un traumatisme crânio-cérébral survenu le 10 mars 2008 (recte: le 9 mars 2008) dans le contexte d'une fragilité psychologique chronique. Selon l'examen neuropsychologique réalisé par V._____, psychologue FSP, on observait un ralentissement extrême à la plupart des tâches proposées et un déficit modéré aux tests mnésiques; en l'absence de signe évocateur d'une atteinte organique, la psychologue estimait que les déficits cognitifs étaient à interpréter dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel. De l'avis des experts, l'ensemble des troubles entraînait une incapacité de travail complète comme assistante sociale ou dans quelque autre activité depuis le 9 mars 2008. Les mesures médicales et professionnelles préconisées par les experts devaient permettre une reprise du travail très progressive au cours des six prochains mois. A la question de savoir quelle était l'origine de la symptomatologie neurologique et neuropsychologique développée dès le 9 mars 2008, les experts ont répondu qu'il s'agissait d'un syndrome post-commotionnel survenant chez une assurée présentant une fragilité psychologique: le traumatisme crânio-cérébral avait décompensé l'équilibre fragile qui avait été difficilement atteint au printemps 2008.

Le Dr D._____ a pris position le 27 janvier 2010 sur l'expertise de la Clinique H._____. Il a maintenu qu'il y avait des signes de majoration importants et qu'il n'y avait plus de relation de causalité naturelle prépondérante avec l'accident du 9 mars 2008. Le traumatisme initial ne semblait pas suffisant pour expliquer la persistance de la symptomatologie rencontrée près de deux ans après l'accident et l'absence d'amélioration clinique telle qu'elle se rencontrait dans les

traumatismes. Il existait des facteurs autres que l'accident pouvant influencer sur l'état général de l'assurée. Parmi ceux-ci, le Dr D._____ relevait le fait qu'une reconversion professionnelle était considérée et qu'il semblait avoir existé des difficultés d'ordre conjugal ayant engendré une réorganisation majeure de sa vie.

Le Dr D._____ a pris position le 12 juillet 2010 sur un courrier du 11 septembre 2009 de l'assurée critiquant le complément d'expertise du 29 juin 2009. Il a maintenu qu'il n'y avait pas eu de traumatisme crânio-cérébral avec commotion cérébrale et a soulevé la question de l'adéquation de troubles constatés dans le cadre d'un traumatisme crânien simple sans commotion cérébrale (donc sans souffrance cérébrale au moment de l'accident) et l'éventualité de troubles de nature fonctionnelle. Il relevait que le syndrome cervical ne s'était pas fait dans le cadre d'un traumatisme par « accélération/décélération dans un plan linéaire » comme par exemple dans le cadre d'un accident de la circulation avec un impact arrière ou frontal mais par un mouvement brusque de la tête afin d'éviter le coffre de la voiture. Or, les syndromes « après coup du lapin » impliquent un mouvement d'accélération/décélération brutal dans un plan antéro-postérieur avec un delta V élevé. Le mécanisme ayant généré les troubles de l'assurée ne s'était certainement pas produit dans le cadre d'un mécanisme aussi brutal, le delta V étant très largement inférieur à celui attendu dans le cadre d'un accident de la circulation par exemple. Les facteurs de catastrophisation initiaux classiquement rencontrés dans le cadre de ces syndromes, représentant un élément pronostic défavorable, n'étaient pas non plus retrouvés en l'état. De plus, plus de deux ans après un accident de ce type, on s'attendrait à une guérison. En conséquence sur ces bases, en l'état, on pouvait même se poser la question quant à la concordance entre le mécanisme de l'accident et les plaintes alléguées.

D. Le 12 février 2010, Helsana Accidents SA a décidé de ne prendre en charge les traitements et autres prestations légales que jusqu'au 7 avril 2008 inclus, niant tout droit à des prestations après cette

date en raison de l'absence de lien de causalité naturelle avec l'accident du 9 mars 2008.

L'assurée a fait opposition le 8 mars 2010 contre la décision du 12 février 2010. En date du 16 janvier 2012, Helsana Accidents SA a rejeté l'opposition et confirmé la décision du 12 février 2010.

E. Le 3 février 2012, l'assurée a fait recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre la décision sur opposition du 16 janvier 2012. Elle conclut à la réforme de la décision attaquée dans le sens qu'elle est mise au bénéfice de pleines et entières prestations LAA pour la période ultérieure au 7 avril 2008 et tant que dureront ses troubles d'origine accidentelle. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle instruction ou décision dans le sens des considérants. Elle requiert l'ordonnancement d'une nouvelle expertise pluridisciplinaire en raison des contradictions des avis médicaux figurant au dossier.

Par mémoire du 7 mars 2012, Helsana Accidents SA a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée.

Les parties ont confirmé leurs conclusions lors des échanges ultérieurs d'écritures.

F. A la demande du tribunal, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud (ci-après: l'OAI-VD) a produit le dossier complet relatif à la demande de prestations de C._____. Il en ressort notamment les documents suivants:

- Un rapport du 21 septembre 2010 du Prof. M._____, spécialiste en neurologie, de E._____ et de Y._____, neuropsychologues, relevait que le tableau en date du 14 septembre 2010 était superposable au bilan d'août 2008 avec persistance d'un défaut majeur du traitement attentionnel se traduisant principalement par un

ralentissement très important et des fluctuations marquées. Ces troubles étaient à comprendre dans le cadre de l'évolution après un syndrome post-commotionnel où s'est ajoutée une composante fonctionnelle, mais sans atteinte organique objectivable.

- A la demande de l'OAI-VD, l'assurée a séjourné du 14 février au 17 février 2011 à la Clinique H._____. L'expertise multidisciplinaire du 4 avril 2011 des Drs I._____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, Z._____, spécialiste en neurologie, et T._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a retenu aucun diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail. Les experts rappelaient que si l'expertise de la Clinique H._____ du 9 septembre 2010 avait établi le diagnostic d'un syndrome post-commotionnel, ce diagnostic se basait essentiellement sur des données anamnestiques, ayant admis que la patiente avait été étourdie quelques secondes par le choc sur la tête sans qu'il y ait eu à aucun moment une réelle perte de connaissance. Selon les Drs I._____, Z._____ et T._____, les différentes investigations pratiquées, notamment neuro-radiologiques, n'avaient jamais révélé de lésion cérébrale post-traumatique qui pourrait laisser persister des troubles cognitifs. Considérant le traumatisme comme mineur et comme n'étant pas susceptible de laisser persister à long terme des troubles incapacitants, les experts ont déclaré que ceux dont la recourante souffrait sortaient du champ biomédical, une appréciation que le Dr D._____ avait déjà confirmée. Selon les experts, le ralentissement idéomoteur, les déficits attentionnels retrouvés à l'examen neurologique s'intégraient dans une cohorte de symptômes qui étaient les témoins de déférences névrotiques histrioniques de la patiente qui ne sauraient entraver la vie quotidienne et n'avaient donc pas de valeur incapacitante.

Selon le Dr T._____, il n'y avait plus en date de l'examen le 17 février 2011 de diagnostic psychiatrique ayant une répercussion sur la capacité de travail. L'examen mettait en effet en évidence une absence de symptomatologie dépressive ou anxieuse incapacitante. Le Dr T._____ niait également l'existence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, l'assurée déclarant avoir passé entre 2008 et 2011 de très bons moments en famille avec ses enfants et

dans sa vie personnelle. Il niait également qu'il y avait perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations. Il en concluait que le tableau algique apparu dans le cadre d'un syndrome post-commotionnel n'avait pas un aspect incapacitant. L'examen avait en revanche mis en évidence des traits de la personnalité histrionique avec labilité émotionnelle, dramatisation, indulgence excessive envers elle-même et une tendance à être facilement blessée, sans que cela ne constitue pour autant un trouble de la personnalité.

Suite à une question complémentaire de l'OAI-VD, le Dr Z._____ de la Clinique H._____ a déclaré que c'était au terme de leur deuxième expertise de février 2011 que l'on pouvait admettre que l'assurée avait une capacité entière dans la profession qu'elle exerçait.

- Par courrier du 11 octobre 2011, la psychiatre traitante de l'assurée, la Dresse O._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a communiqué à l'OAI-VD un rapport médical selon lequel l'assurée souffrait depuis 2007 d'un trouble dépressif récurrent, avec épisode sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) et d'un trouble de la personnalité (traits borderline, dépendante, narcissique et histrionique, F61) depuis l'adolescence. A son avis, l'assurée était en incapacité totale de travail comme assistante sociale depuis le 24 janvier 2011, date du début du traitement.

- Le 3 mai 2012, les Drs U._____, médecin interne, et A.A._____, médecin chef de clinique et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, du Centre B.B._____ ont rendu une expertise à la demande de l'OAI-VD. Principalement sur la base de trois entretiens d'une durée totale de 300 minutes, les experts ont conclu à l'existence d'une symptomatologie dépressive sévère avec idéation suicidaire depuis 2007 entraînant une incapacité totale de travail depuis 2007. Leurs diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail sont un trouble dépressif récurrent, avec un épisode actuel sévère sans éléments psychotiques (F33.2), présent depuis 2007, et un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline (F60.31), présent depuis

l'adolescence. A leur avis, la « symptomatologie a longtemps été cadenassée par une structure familiale rigide et s'est extériorisée massivement au décours d'un traumatisme crânien ».

- Le 4 juillet 2012, l'OAI-VD a accordé à l'assurée une rente entière de l'assurance-invalidité à partir du 1^{er} novembre 2007 (échéance du délai d'attente) en raison d'une incapacité totale de travail depuis le 9 novembre 2006.

G. Helsana Accidents SA a pris position en date du 17 janvier 2013 sur le dossier AI et confirmé ses conclusions. Après avoir déclaré que les experts mandatés par l'OAI-VD ne recherchaient pas la relation entre un événement et l'incapacité de travail, elle a estimé que l'avis du Dr D._____ était confirmé tant par l'expertise pluridisciplinaire de février 2011 de la Clinique H._____ que par l'expertise psychiatrique du Centre B.B._____.

Par courrier du 12 février 2013, le mandataire de la recourante a également maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Selon l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve des exceptions expressément prévues. L'art. 56 al. 1 LPGA prévoit que les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours. Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de trente 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 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 en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dans la mesure où la présente cause porte sur le droit à des prestations d'assurances qui sont susceptibles de dépasser le montant de 30'000 fr., elle doit être tranchée par une Cour du tribunal composée de trois juges (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD a contrario).

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

2. Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 7 avril 2008, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant au-delà de cette date et l'événement du 9 mars 2008.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte.

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd., n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181).

En cas d'état maladif antérieur, si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état 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; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 [RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b]; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865).

b) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès qu'il n'y a plus lieu

d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. L'art. 19 al. 1 LAA délimite temporellement le droit au traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001 consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115 et les références). L'utilisation du terme « sensible » par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3 p. 115). En particulier, il n'y a pas amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1). L'évolution de l'état de santé de la personne assurée doit être établie avec une vraisemblance prépondérante sur la base d'un pronostic et non sur la base de constatations rétrospectives (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, U 244/04 consid. 3.1 avec références; TF 8C_29/2010 du 27 mai 2010 consid. 4.2). La poursuite d'un traitement médical amenant une amélioration sensible de l'état de santé de l'assuré avec effet sur la capacité de travail n'empêche la clôture du cas que si le traitement porte sur une atteinte à la santé qui est en lien de causalité avec l'accident assuré (TF 8C_327/2010 du 22 juillet 2010 consid. 4.2). Selon la jurisprudence, l'assureur-accidents peut nier le rapport de causalité et cesser « ex nunc et pro futuro » les prestations malgré l'octroi antérieur du traitement et d'indemnités journalières sans devoir se fonder sur un motif de réexamen ou de révision (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1 p. 384), sauf lorsque la restitution de prestations payées est requise (cf. ATF 133 V 57 consid. 6.8 p. 65 et TF 8C_714/2009 du 14 avril 2010 consid. 4.2).

4. a) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit

apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; RAMA 2000 n° KV 124 p. 214).

b) Enfin, d'une manière générale, dans le domaine particulier des assurances sociales, le juge doit, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, rendre son arrêt suivant le principe probatoire de la vraisemblance prépondérante, principe selon lequel la simple possibilité d'un état de fait donné ne suffit pas à satisfaire aux exigences de preuve, le juge devant plutôt s'en tenir à la présentation des faits qu'il considère comme la plus vraisemblable parmi toutes les possibilités du cours des événements (ATF 125 V 193; 119 V 7 et les références citées).

c) La valeur probante de l'expertise du Dr D._____ du 3 novembre 2008 est réduite par le fait qu'elle n'a pas été rendue en pleine connaissance de l'anamnèse. En effet, le Dr D._____ n'avait pas connaissance en détail de la situation médicale de la recourante dans les mois précédant l'accident. Il savait certes que la recourante avait été hospitalisée pour une grave dépression à la Clinique W._____, mais il attribuait ce traitement à l'année 1997 alors qu'il s'agissait de l'année 2007. Par ailleurs, le Dr D._____ ignorait lors de l'expertise l'incapacité partielle de travail de la recourante en janvier et février 2008.

d) La recourante conteste la valeur probante de la prise de position du Dr D._____ datée du 29 juin 2009. Pour l'essentiel, les

critiques portent sur la reprise par le Dr D._____ d'éléments factuels énoncés dans le rapport médical de la Clinique W._____ et dont la véracité est formellement contestée par la recourante (en particulier un alcoolisme, le décès d'un proche parent par pendaison et l'existence d'un trouble dépressif depuis trois ans avant le séjour à la Clinique W._____). Ces éléments factuels rapportés par le Dr D._____ ne sont toutefois pas décisifs pour le raisonnement de celui-ci, car ce dernier a confirmé le 12 juillet 2010 sa prise de position du 29 juin 2009 après avoir pris connaissance des critiques de la recourante et sans fonder son raisonnement sur ces éléments. Quant au fait que le Dr D._____ se réfère à des estimations statistiques pour évaluer le statu quo sine, il ne permet pas de mettre en cause la valeur probante de la prise de position du 29 juin 2009.

e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 3b; 116 V 246 consid. 1a et les arrêts cités). Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 117 V 287 consid. 4). L'expertise des Drs U._____ et A.A._____ du Centre B.B._____ date du 3 mai 2012, soit environ cinq mois après la décision sur opposition. Dans la mesure où cette expertise concerne la période antérieure à la décision sur opposition et donc éclaire la situation de fait pertinente pour cette décision, elle peut être prise en considération.

Selon cette expertise, la recourante était dès 2007 en incapacité totale de travail essentiellement en raison de son trouble dépressif récurrent. Les experts ne fournissent toutefois aucune explication sur les raisons pour lesquels ils s'écartent de l'analyse de la Dresse A._____ du 20 août 2009 pour la période entre l'accident et août 2009 ainsi que de celle du Dr T._____ du 17 février 2011, selon lesquels il n'y avait pas d'état dépressif. Il n'est donc pas possible de reconnaître à l'expertise des Drs U._____ et A.A._____ une force probante

concernant la période antérieure au deuxième séjour à la Clinique H. _____ du 14 au 17 février 2011.

5. L'assurance a mis un terme à la prise en charge des prestations pour la date du 7 avril 2008 inclus estimant que le statu quo sine était atteint: le traumatisme crânio-cérébral a décompensé l'équilibre psychologique fragile qui avait été atteint difficilement au printemps 2008; un mois après l'accident bénin, l'état de santé de l'assurée était tel qu'il aurait été sans l'événement du 9 mars 2008. La recourante conteste cette appréciation.

a) Sur le plan somatique, l'assurance a considéré que l'assurée ne souffrait plus, après le 7 avril 2008, de troubles en relation avec l'accident du 9 mars 2008. Se fondant sur les conclusions des Drs D. _____ (courriers du 27 janvier 2010 et du 12 juillet 2010) et K. _____ (rapport du 21 juin 2009), elle est d'avis que les troubles neuropsychologiques ne reposent sur aucun substrat organique comme une lésion osseuse, cérébrale ou neurologique.

Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3).

En l'espèce, il ressort des rapports médicaux que le dossier radiologique, comprenant en particulier une IRM cérébrale datant du 18 mars 2008, ne montre aucune lésion traumatique ou une complication, en particulier pas de signe d'instabilité au niveau cervical, mais met en évidence de discrets troubles dégénératifs au niveau cervical (expertise de la Clinique H. _____ du 9 septembre 2009; expertise du Dr D. _____ du 29 juin 2009; rapport médical du Prof. M. _____ de la Clinique R. _____ du 24 octobre 2008). De plus, aucune lésion neuro-ophtalmique n'a été diagnostiquée (rapport du Dr F. _____ du 12 décembre 2008). C'est donc

à juste titre que Helsana Accidents SA a nié le caractère organique des conséquences de l'accident du 9 mars 2008.

b) Selon la décision attaquée, la recourante a reçu le 9 mars 2008 la porte du coffre de la voiture sur la nuque. Dans son recours, la recourante soutient également avoir reçu la porte du coffre sur la nuque, ce qui aurait provoqué un coup du lapin. Cette version correspond à celle présentée par le Dr D. _____ dans l'anamnèse de son expertise du 3 novembre 2008, car celui-ci rapporte que l'assurée a subi d'abord un choc au niveau de la nuque puis un choc frontal dû au fait que la tête a été projetée en avant. Enfin, la recourante a aussi déclaré le 19 janvier 2009 à la responsable du case management de l'assurance avoir reçu la porte du coffre sur la nuque. En revanche, l'exposé de l'accident dans l'expertise de la Clinique H. _____ du 9 septembre 2009 rapporte que la recourante a reçu la porte du coffre sur le front à gauche, ce qui aurait provoqué un mouvement d'hyperextension de la colonne cervicale. La description initiale de l'assurée dans la déclaration d'accident du 17 avril 2008 corrobore davantage la description par l'expertise de la Clinique H. _____, car il n'y est fait état que d'un choc avec la porte du coffre sur le côté gauche du front, sans mention d'un choc spécifiquement sur la nuque. Comme il n'est guère probable que la porte du coffre ait pu atteindre la recourante consécutivement sur la nuque et sur le front, il faut admettre que la description de l'accident faite dans l'expertise de la Clinique H. _____ est la plus vraisemblable.

c) Dans son expertise du 3 novembre 2008, le Dr D. _____ estimait que l'ensemble de la symptomatologie de la recourante semblait devoir être rattaché de façon certaine à l'accident. Cette appréciation était contradictoire, dans la mesure où il est difficile qu'un lien de causalité puisse « sembler » certain: soit ce lien est certain, soit il est seulement possible ou vraisemblable. Dans son rapport complémentaire daté du 29 juin 2009, le Dr D. _____ est revenu sur cette évaluation en déclarant qu'à cette date (« actuellement »), il n'existe plus de relation de causalité naturelle « avec [le] traumatisme cranio-cérébral sans commotion cérébrale et [le] syndrome cervical post traumatique subjectif ». A l'appui

de ce changement d'appréciation, le Dr D._____ invoque les éléments suivants: un état anxio-dépressif antérieur à l'accident nettement plus important que rapporté par l'assurée lors de l'entretien qui a conduit à l'expertise du 3 novembre 2008; une évolution de l'état de santé qui en raison des améliorations uniquement transitoires ne correspond pas à ce qui est attendu dans le cadre d'un trouble post-traumatique; la présence de signes de majoration selon le rapport des neurologues ayant examiné antérieurement la recourante; le fait que le neurologue traitant de la recourante (le Prof. G._____) ait déclaré au téléphone au Dr D._____ qu'il n'existe pas de substrat organique aux plaintes de la recourante ni lien de causalité subsistant avec l'accident du 9 mars 2008; la dissimulation par la recourante de faits importants relatifs à sa dépression. Le Dr D._____ a encore maintenu dans son avis du 27 janvier 2010 qu'il n'existe plus de relation de causalité naturelle prépondérante avec l'accident.

Le Dr K._____ a, le 21 juin 2009, fixé le statu quo sine, donc la fin du rapport de causalité naturelle entre les troubles et l'accident du 9 mars 2008, à un mois au plus après l'accident. Il fait valoir à l'appui de ce choix que l'assurée ne souffrait plus d'un problème objectif accidentel mais probablement d'un trouble psychologique préexistant ayant entraîné une dissimulation de faits importants. Le Dr K._____ a confirmé son appréciation en date du 8 février 2010.

Quant à l'expertise pluridisciplinaire de la Clinique H._____ du 9 septembre 2009, elle n'avait certes pas pour objectif d'examiner expressément le lien de causalité. La question complémentaire relative à « l'origine de la symptomatologie neurologique et neuropsychologique développée dès le 10 [mars] 2008 » incluait toutefois un aspect de causalité. L'explication donnée par les experts sur la relation entre le syndrome et la fragilité psychologique de la recourante porte clairement sur le rapport de causalité: en déclarant que le traumatisme crânio-cérébral avait décompensé l'équilibre fragile qui avait été difficilement atteint au printemps 2008, les experts de la Clinique H._____ ont tranché la question de la causalité naturelle, contrairement à ce que

Helsana Accidents SA soutient. Sur la base d'un entretien téléphonique avec le psychiatre qui avait traité la recourante déjà avant l'accident, le Dr X._____, l'experte psychiatre de la Clinique H._____, la Dresse A._____, a estimé d'une part qu'il y avait eu rémission de la dépression entre novembre 2007 et l'accident du 9 mars 2008, d'autre part qu'il n'y avait pas lors de l'examen un trouble dépressif; si certains éléments anxio-dépressifs transitoires s'étaient manifestés dans les premiers temps suivant l'accident du 9 mars 2008, ils devaient à son avis être considérés comme des conséquences de l'accident.

d) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 avec d'autres références). 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 p. 337 sv.; 117 V 359 consid. 4b p. 360 sv.). La jurisprudence a posé diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de la personne assurée ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9 p. 122 ss.).

Il ressort du rapport de la Dresse P._____ du 26 mai 2008 que la recourante a avancé différentes plaintes susceptibles d'être

rattachées au tableau clinique typique d'un « coup du lapin » lors de son séjour à l'Hôpital J. _____ où elle a été hospitalisée le 11 mars 2008, soit moins de deux jours après l'accident: céphalées, nausées, troubles de la concentration, somnolence, bradypsychie. Il découle par ailleurs du rapport du Prof. M. _____ et du Dr C.C. _____ de la Clinique R. _____ daté du 25 avril 2008 que la recourante a présenté suite au traumatisme crânien, outre un hémisyndrome droit, une raideur de la nuque avec cervicalgies, photophobie et nausées. Il faut donc admettre que sont réalisées les conditions jurisprudentielles permettant de retenir un lien de causalité naturelle entre le traumatisme crânio-cérébral subi par la recourante et ses plaintes susceptibles d'être rattachées à un traumatisme crânio-cérébral. Il n'est d'ailleurs pas contesté par Helsana Accidents SA que les troubles de la recourante étaient initialement dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 9 mars 2008.

e) Helsana Accidents SA a admis l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral lors de l'accident du 9 mars 2008, mais elle n'a pas ordonné une expertise pluridisciplinaire malgré l'absence d'amélioration notable dans les mois qui ont suivi l'accident. Elle n'a ainsi pas respecté les exigences jurisprudentielles en matière d'instruction d'un cas comme celui d'espèce. Vu qu'une expertise pluridisciplinaire a été néanmoins réalisée à la Clinique H. _____ sur mandat de l'assurance-invalidité, il n'y a pas lieu de compléter l'instruction sur ce point par l'ordonnancement d'une expertise judiciaire malgré la demande de la recourante. Il en découle en revanche que la valeur probante de l'expertise monodisciplinaire du Dr D. _____ et de ses compléments datés des 29 juin 2009 et 27 janvier 2010 est réduite dans la mesure où elle se rapporte à des facteurs relevant de la psychiatrie telle que l'influence de la dépression antérieure à l'accident du 9 mars 2008.

f) La fixation du statu quo sine à un mois après l'accident repose uniquement sur l'avis du Dr K. _____. Si le Dr D. _____ a expressément nié que le rapport de causalité naturelle ait perduré au-delà du 29 juin 2009, il ne s'est en revanche pas prononcé expressément sur le rapport de causalité avant son expertise du 3 novembre 2008. Certes, le

Dr D._____ a affirmé que l'état anxio-dépressif de la recourante avant l'accident était plus important que ce qu'elle avait soutenu lors de l'examen de septembre 2008, mais il n'en découle pas que cet état aurait eu dans les semaines suivant l'accident une influence décisive sur l'évolution des troubles de la recourante au point de rompre le rapport de causalité avec l'accident. Quant à l'affirmation du Dr K._____ que la recourante ne souffrait plus un mois après l'accident d'un problème objectif accidentel mais probablement d'un problème psychologique préexistant, elle est contredite par le diagnostic posé par la Clinique H._____ d'un syndrome post-commotionnel et par la négation prononcée par la Dresse A._____ de l'existence d'un état dépressif lors de l'accident. Les « éléments anxio-dépressifs transitoires » qui se sont manifestés dans les premiers temps suivant l'accident du 9 mars 2008 selon la Dresse A._____ ne suffisent pas pour rompre le rapport de causalité avec l'accident du 9 mars 2008, d'autant que la Dresse A._____ les considère expressément comme étant eux-mêmes la conséquence de l'accident.

De même, l'affirmation du Dr K._____ selon laquelle l'événement accidentel aurait dû être réglé après deux à trois semaines en raison de son caractère bénin n'est que très partiellement corroborée par le Dr D._____ qui se réfère dans son courrier du 12 juillet 2010 à la littérature médicale selon laquelle un syndrome post-traumatique avec perte de connaissance et/ou amnésie fonctionnelle est rattaché avec un degré de certitude élevé jusqu'à six mois, voire deux ans, après l'accident. Certes, la recourante n'a pas perdu connaissance ou subi une amnésie fonctionnelle lors de l'accident, mais le Dr D._____ n'en a pas déduit que la limite maximale en l'absence de perte de connaissance ou d'amnésie fonctionnelle était inférieure à un mois. C'est donc à tort que Helsana Accidents SA a estimé que le statu quo sine était déjà atteint le 7 avril 2008 et a nié le lien de causalité naturelle pour les troubles postérieurs à cette date.

g) La question se pose de savoir si le statu quo sine a été atteint ultérieurement au 7 avril 2008. Le Dr D._____ l'a fixé en tout cas

à juin 2009. Cette date ne peut toutefois pas être justifiée par l'évolution de la dépression antérieure à l'accident du 9 mars 2008, car aucun trouble dépressif n'a été constaté en août 2009 par la Dresse A._____ dans le cadre de l'expertise de la Clinique H._____. Quant à l'affirmation du neurologue traitant de la recourante, le Prof. G._____, rapportée par le Dr D._____, selon laquelle il n'y aurait plus de lien de causalité naturelle, elle ne l'emporte pas sur le diagnostic commun des Dr Z._____, neurologue, et de la Dresse A._____, psychiatre, selon lesquels la recourante présentait encore en août 2009 des symptômes compatibles avec un syndrome post-commotionnel malgré des signes de surcharge fonctionnelle. S'agissant enfin des éléments de majoration invoqués par le Dr D._____, ils ne suffisent pas à rompre le lien de causalité naturelle pour la partie des symptômes rattachés au syndrome post-commotionnel diagnostiqué par la Clinique H._____.

Le fait que l'expertise complémentaire de la Clinique H._____ du 4 avril 2011 ait abandonné le diagnostic de syndrome post-commotionnel ne suffit pas pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle avant 2011. Comme le Dr Z._____, qui avait participé aux deux expertises, a fixé au terme de la deuxième expertise en février 2011 le début de la pleine capacité de travail de l'assurée dans sa profession, il faut en déduire que la deuxième expertise n'a pas remis en question le diagnostic retenu en septembre 2009 pour la période antérieure au second séjour à la Clinique H._____. C'est en effet l'évolution défavorable depuis l'expertise de septembre 2009 qui a conduit les experts à expliquer le maintien en février 2011 de l'incapacité de travail par des « facteurs contextuels défavorables qui ne [leur] paraissaient pas d'ordre médical ».

h) Il découle de ce qui précède que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les symptômes rattachés au syndrome post-commotionnel était encore rempli lors de l'expertise de la Clinique H._____ réalisée lors du séjour du 10 au 12 août 2009.

6. La décision attaquée nie également l'existence d'une causalité adéquate entre les troubles de l'assurée et l'accident du 9 mars 2008.

a) Selon la jurisprudence, la causalité adéquate ne doit être examinée qu'à la clôture du cas au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, c'est-à-dire lorsqu'une amélioration sensible de la santé de l'assuré avec effet sur sa capacité de travail ne peut plus être escomptée (ATF 134 V 109 consid. 4, en particulier 4.3). En l'espèce, la Clinique H._____ a estimé dans son expertise du 9 septembre 2009 que la capacité de travail pouvait être améliorée très progressivement dans les six mois suivants au moyen d'un traitement médicamenteux permettant de diminuer la sensation de fatigue et les céphalées tensionnelles, joint à un soutien psychologique. Dans la mesure où le traitement médicamenteux ne se rapportait pas aux facteurs d'aggravation, en particulier aux troubles fonctionnels, une amélioration sensible de la santé de la recourante pouvait en principe encore être escomptée lors de la décision du 12 février 2010. Il ressort néanmoins de l'expertise de la Clinique H._____ du 4 avril 2011 non seulement que l'assurée avait retrouvé lors du séjour à la Clinique H._____ en février 2011 une pleine capacité de travail mais qu'il n'y avait pas eu d'évolution des plaintes de la recourante depuis l'expertise du 9 septembre 2009. Dans la mesure où la décision du 12 février 2010 a été rendue à l'échéance du délai de six mois courant depuis le séjour à la Clinique H._____ du 10 au 12 août 2009, c'est à juste titre que l'assureur intimé a clos le cas à cette date.

b) 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 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p.

103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique 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 exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. 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 (ATF 115 V 133 consid. 6 p. 139 s., 403 consid. 5c/aa) p. 409).

c) En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme crânio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence

distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

aa) Avant de procéder à l'examen du lien de causalité adéquate, il convient d'examiner si les troubles psychiques en cause constituent de simples symptômes du traumatisme vécu ou si au contraire, ils expriment une atteinte à la santé (secondaire) indépendante. La délimitation entre ces deux cas de figure s'effectue notamment au regard de la nature et de la pathogenèse du trouble, de la présence de facteurs concrets étrangers à l'accident et du déroulement temporel (TFA U 106/03 du 25 janvier 2005 consid. 5.3; RAMA 2001 n° U 412 p. 79; voir aussi TFA U 313/01 du 7 août 2002).

bb) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 et 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement, ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; RAMA 2002 n° U 465 p. 437 consid. 3b [U 164/01]), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme crânio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00]; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 p. 125 sv.; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2, et 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

cc) Lorsque les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, ne sont pas relégués au second plan par une atteinte psychique, on applique par analogie les mêmes critères que pour une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 9). 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).

A la différence des critères valables en cas d'atteinte à la santé psychique non consécutive à un traumatisme de type « coup du lapin », il n'est pas décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 367 consid. 6a; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 sv. consid. 3b).

7. Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette

classification, il 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3).

D'après l'autorité intimée, il s'agit d'un accident de gravité bénigne. Selon la recourante, en revanche, il s'agit d'un accident de gravité moyenne.

S'agissant d'une commotion cérébrale liée à un choc avec un objet solide en mouvement, la jurisprudence a qualifié d'accident de gravité moyenne une collision lors de laquelle la personne a frappé avec la tête contre la vitre et est tombée au sol inconsciente, ayant subi une commotion cérébrale, un hématome au front et diverses contusions (TF 8C_990/2008 du 6 mars 2009 consid. 6.2.1). En revanche, elle a considéré comme entrant dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité: une commotion cérébrale sans perte de conscience lors d'un heurt avec la tête d'un cheval (TF 8C_428/2007 du 9 juillet 2008 consid. 5.2); un cas dans lequel une personne a été heurtée au front par un chariot lors du déchargement, puis est tombée à la renverse sur une plaque métallique, où il s'est cogné l'arrière de la tête (TFA U 49/04 du 10 février 2005 consid. 5.2). De même, elle a qualifié comme entrant tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité un cas dans lequel un assuré a reçu une planche sur la tête, ce qui a nécessité des points de suture (TFA U 222/99 du 16 février 2000). Elle a aussi qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents bénins, un cas dans lequel l'assuré a heurté avec la tête protégée par un casque une barre métallique sur son lieu de travail, sans que l'accident ne laisse de marque ou de plaie au front (TF U 324/06 du 22 août 2007 consid. 3.3). Par contre, une chute avec heurt uniquement de l'épaule a été qualifiée d'accident de peu de gravité (TFA U 330/00 du 14 mai 2002 consid. 3c).

En l'espèce, la recourante n'a subi aucune lésion apparente à la tête suite au choc avec la porte du coffre de sa voiture. La violence du choc est ainsi difficile à évaluer. Dans la mesure toutefois où un traumatisme crânien sans perte de connaissance ni amnésie circonstancielle a été diagnostiqué par la Dresse P._____ dans le rapport médical initial daté du 26 mai 2008, il convient de qualifier l'accident comme étant de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité.

8. Helsana Accidents SA soutient que la causalité adéquate doit être examinée au regard des critères de l'ATF 115 V 133 aux motifs alternatifs qu'un trouble psychique sans rapport avec l'accident s'est déclaré (RAMA 2001 n° U 412 p. 79), que les troubles psychiques antérieurs ont été amplifiés par l'accident (RAMA 2000 n° U 397 p. 327) ou que les troubles somatiques sont devenus secondaires immédiatement après l'accident (ATF 123 V 99). Elle considère ainsi que les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral ont été relégués au second plan par une atteinte psychique.

a) L'existence d'un épisode dépressif antérieur à l'accident est incontestée. Un nouvel épisode dépressif a aussi été diagnostiqué, postérieurement à la décision attaquée, par les Drs U._____ et A.A._____ du Centre B.B._____ dans leur expertise de mai 2012. Un état dépressif a en revanche été nié pour la période entre l'accident et août 2009 par l'experte-psychiatre de la Clinique H._____, la Dresse A._____. Le Dr T._____ n'a pas non plus constaté en février 2011 un trouble dépressif. Même si les Drs U._____ et A.A._____ ont déclaré que la symptomatologie s'était « extériorisée massivement au décours d'un traumatisme crânien », il sera rappelé que leur expertise n'a pas force probante pour la période antérieure au deuxième séjour à la Clinique H._____ du 14 au 17 février 2011. Il en découle que l'on ne peut pas considérer que les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral ont été relégués au second

plan par un trouble dépressif entre l'accident et la clôture du cas le 12 février 2010. C'est donc sur la base des critères de l'ATF 134 V 109 qu'il convient d'examiner la causalité adéquate.

b) L'accident du 9 mars 2008 ne s'est pas produit dans des circonstances particulièrement dramatiques ou n'a pas un caractère particulièrement impressionnant. Aucune lésion consécutive à cet accident n'a été diagnostiquée. Aucune erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident n'est avérée. L'absence d'évolution substantielle des plaintes de la recourante jusqu'à la clôture du cas ne suffit pas pour démontrer que des difficultés ou des complications importantes seraient apparues au cours de la guérison.

La recourante soutient remplir la condition d'avoir suivi un traitement médical spécifique et pénible. Selon l'expertise de la Clinique H._____ du 9 septembre 2009, la recourante a essentiellement été traitée avec un antidépresseur (Cipralax) et un antidouleur (Ponstan), tout en suivant un traitement de physiothérapie et d'osthéopathie. Il est manifeste que ces traitements ne sauraient être qualifiés de spécifiques et pénibles. Quant aux nombreuses mesures d'instruction médicale que la recourante a subies, elles ne constituent pas un traitement médical au sens de ce critère (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4).

Concernant la période entre l'accident du 9 mars 2008 et la clôture du cas le 12 février 2010, il ne ressort pas du dossier que la recourante ait fait des efforts reconnaissables pour reprendre, même à un degré réduit, une activité professionnelle, y compris pendant les six mois qui ont suivi l'expertise de la Clinique H._____ du 9 septembre 2009 selon laquelle les mesures médicales et professionnelles auraient dû permettre une reprise du travail très progressive. La seule incapacité totale de travail reconnue à la recourante par l'expertise de la Clinique H._____ du 9 septembre 2009 ne suffit donc pas pour remplir le critère.

Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que, durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) des douleurs importantes aient existé, sans interruption conséquente. L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. Selon l'expertise de la Clinique H. _____ du 9 septembre 2009, la recourante se plaignait de douleurs dont elle estimait l'intensité des douleurs à 3 sur une échelle de 10 avec des exacerbations jusqu'à 8/10 par moment. Il en découle que les douleurs ressenties par l'assurée avant la clôture du cas ne pouvaient pas, de manière générale, être considérées comme importantes. L'existence d'exacerbations occasionnelles ne suffit pas pour remplir le critère de l'intensité des douleurs. Même si l'on admettait que le critère était rempli, il ne le serait pas avec une intensité particulière. Or, s'agissant d'un accident de gravité moyenne se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140 et 403 consid. 5c/aa p. 409; cf. TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

9. Vu ce qui précède, l'intimée était fondée à nier l'existence d'un lien de causalité adéquate et, partant, à refuser de prendre en charge les suites du traumatisme crânien après la clôture du cas le 12 février 2010. En revanche, c'est à tort qu'elle a refusé la prise en charge des prestations provisoires entre le 7 avril 2008 et la clôture du cas.

Le recours doit donc être partiellement admis et la décision attaquée réformée dans le sens que celle-ci est tenue de prendre en charge les conséquences de l'événement du 9 mars 2008 jusqu'à la clôture du cas le 12 février 2010.

Vu la gratuité de la procédure, il ne sera pas perçu de frais de justice (art. 61 let. a LPGA). La recourante, qui obtient partiellement gain de cause, a droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD),

comprenant une participation aux honoraires de son avocat, fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse (art. 61 let. g LPG; art. 7 TFJAS [Tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu de fixer à 1'500 fr. l'indemnité à verser par Helsana Accidents SA à la recourante à titre de dépens.

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

- I. Le recours est partiellement admis.
- II. La décision sur opposition de Helsana Accidents SA du 16 janvier 2012 est réformée dans le sens que celle-ci est tenue de prendre en charge les conséquences de l'événement du 9 mars 2008 jusqu'à la clôture du cas le 12 février 2010.
- III. Il n'est pas perçu de frais.
- IV. Une indemnité de 1'500 fr. (mille cinq cents francs), à payer à C._____ à titre de dépens, est mise à la charge de Helsana Accidents SA.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter, avocat (pour C. _____),
- Helsana Accidents SA,
- 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).

Le greffier :