

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 18 juin 2015

---

Composition : M. MÉTRAL, président  
Mmes Di Ferro Demierre et Brélaz Braillard, juges  
Greffier : M. Cloux

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

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

et

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

---

**Art. 6 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** U.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1963, a travaillé en qualité de cheffe de rayon au service de [...] Société Coopérative. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 2 février 2004, l'assurée a glissé sur une plaque de verglas et s'est cogné la tête contre le sol. Consultée le lendemain, la Dresse B.\_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une contusion pariéto-occipitale et un syndrome subjectif post-traumatique.

Dans un rapport du 24 avril 2004, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a fait état d'une incapacité de travail de 100 % du 3 février au 24 mars 2004 et de 50 % du 25 mars suivant à la fin du mois d'avril.

La CNA a pris le cas en charge.

L'assurée a repris son travail à 70 % le 3 mai 2004.

Dans un rapport du 31 mai 2004, la Dresse B.\_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de contusion pariéto-occipitale droite sur chute accidentelle. S'agissant de l'évolution, elle fait état d'un syndrome subjectif post-traumatique, avec céphalées, cervicalgies, troubles de la vue et de la mémoire, se référant à des examens neurologique et ophtalmologique des Drs V.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie; cf. rapport du 18 février 2004) et [...].

Dans un rapport établi le 9 juillet 2004 à la suite d'une IRM cérébrale, le Dr X.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neuroradiologie diagnostique et en neuroradiologie invasive) a estimé que cet examen était normal.

Dès le 12 juillet 2004, l'assurée a été entièrement incapable de travailler en raison de vertiges, de troubles de la mémoire et de maux de tête.

Les 20 août et 18 septembre 2004, le Dr R. \_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée) a posé le diagnostic d'état anxieux avec somatisation post-traumatique, puis ceux de trouble panique, d'agoraphobie post-traumatique et de nuchalgies importantes.

Au terme d'un examen du 19 octobre 2004, le Dr W. \_\_\_\_\_ (médecin d'arrondissement de la CNA) a en particulier constaté que l'assurée se souvenait de sa chute du 2 février 2004 mais n'était pas très sûre d'avoir perdu connaissance et qu'elle se plaignait surtout de vertiges et d'une perte de mémoire. Elle était alors suivie par le Dr [...] (chiropraticien), qui avait conclu à la présence de troubles statiques et d'une discopathie C3-C4. Il y avait également un rétrécissement de l'espace intersomatique C3-C4.

L'assurée a consulté le Dr H. \_\_\_\_\_, médecin-directeur du Département de neurologie [...], qui a indiqué le 17 novembre 2004 que les troubles constatés pouvaient découler de la commotion cérébrale, mais aussi être aggravés par un état d'anxiété chronique.

Le 1<sup>er</sup> décembre 2004, le Dr R. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de trouble cognitif, de trouble attentionnel dysexécutif et d'état d'anxiété suite à un traumatisme crânien (contusion vestibulaire, distension cervicale). Il a indiqué qu'un traitement cognitivo-comportemental avait débuté le 29 novembre 2004 et que les troubles vestibulaires ainsi que le syndrome cervical avaient en grande partie régressé.

Dans un rapport du 17 février 2005, le Dr N. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a diagnostiqué un status après traumatisme cranio-cérébral (TCC) avec coup du lapin de la colonne cervicale, indiquant que les investigations effectuées n'avaient révélé

aucun indice en faveur d'une cause vestibulaire aux troubles de l'équilibre invoqués depuis l'accident. Il a estimé que les vertiges pouvaient être provoqués par une atteinte cervicale.

L'assurée a séjourné à la Clinique [...] du 23 février au 19 avril 2005. Dans un rapport du 23 mai 2005, les médecins de cet établissement (Drs A.\_\_\_\_ et Q.\_\_\_\_, tous deux spécialistes en neurologie; Dresse J.\_\_\_\_, médecin assistante) ont constaté une diminution des vertiges et des troubles de la concentration, lesquels restaient toutefois trop importants pour permettre la reprise de l'activité de cheffe de rayon.

Dans un courrier au médecin d'arrondissement de la CNA du 25 avril 2006, le Dr H.\_\_\_\_ a indiqué que les symptômes actuels de l'intéressée (difficulté à enregistrer toute information nouvelle, troubles de la concentration, difficulté à fixer le regard sur des objets en mouvement - évoquant un possible problème à caractère vestibulaire -, troubles de l'attention avec difficulté à suivre une conversation à plusieurs interlocuteurs et à se déplacer dans un espace ouvert) semblaient être, avant tout, liés à un trouble à caractère anxieux et phobique.

La CNA a confié une expertise à la Prof. P.\_\_\_\_, médecin-chef de la division autonome de neuropsychologie du CHUV, qui a rendu son rapport le 28 novembre 2006. Son investigation a mis en évidence un ralentissement idéatoire et moteur marqué, auquel s'associaient des troubles attentionnels et, dans une moindre mesure, des difficultés mnésiques de rappel, dans le cadre d'un examen se situant dans les limites des normes. L'assurée présentait également des plaintes abondantes et une fatigabilité très marquée.

A la demande de la CNA, le Dr P.\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de l'assurance) a établi un rapport le 9 février 2007. Rejoignant l'avis du Dr V.\_\_\_\_, il a relevé que les troubles neuropsychologiques de l'assurée semblaient s'inscrire dans le cadre d'un trouble psychique et que l'intéressée ne présentait plus de

séquelles organiques de l'accident du 2 février 2004, lequel s'était tout au plus soldé par un léger TCC.

Par décision sur opposition du 1<sup>er</sup> mai 2007, la CNA a mis fin à ses prestations d'assurance avec effet au 19 février 2007. L'assurée - par l'entremise de son conseil, Me Pierre Seidler - a recouru devant la Cour de céans. Dans le cadre de cette procédure, elle a notamment produit les documents suivants :

- un courrier du Dr F. \_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie) du 14 mai 2007, qui a estimé que l'assurée présentait un status après chute sur l'arrière de la tête, le 2 février 2004, avec un syndrome cervical marqué, des douleurs à la pression au niveau du point de Trigger latéro-occipital gauche, une symptomatique neurovégétative et, probablement de manière secondaire, une symptomatologie neuropsychologique, ainsi qu'une atteinte au niveau du segment C1/C2 et une légère ostéochondrose C3/C4;
- un rapport d'expertise privée du Dr F. \_\_\_\_\_ du 18 septembre 2007, qui a relevé diverses atteintes d'origine organique (protrusion C3/4 sans compression du myélome; minuscule hyperintensité à gauche au niveau temporal et à droite au niveau pariétal, toutes deux subcorticales, léger mauvais positionnement en rotation droite de l'Atlas (4°) en position statique, légère uncarthrose C3/4 avec un rétrécissement du foramen droit dans le cadre d'une légère ostéochondrose; épaissement et une expansion inhabituels, mais clairs, des parties molles au niveau du point douloureux occipital gauche, de la musculature et du commencement des tendons; atteinte fonctionnelle du segment pour la rotation C1/2 à gauche), ainsi qu'un "*mild traumatic brain injury*", qui seraient selon lui en lien avec la chute du 2 février 2004.

De son côté, la CNA a produit des rapports établis les 20 mai et 1<sup>er</sup> septembre 2008 par son médecin-conseil, le Dr Z.\_\_\_\_\_ (spécialiste en neurologie, psychiatrie et psychothérapie), qui a pour l'essentiel conclu à l'absence d'atteinte organique ou structurelle organique.

L'assurée a encore produit le 18 décembre 2008 un rapport après IRM cérébrale du Prof. G.\_\_\_\_\_, médecin consultant au Département d'Imagerie Morphologique et Fonctionnelle [...] (Paris) du 7 juillet 2008, qui a conclu à la présence de diverses lésions anatomocéphaliques séquellaires post-traumatiques.

Par arrêt du 18 décembre 2008, la Cour de céans a rejeté le recours de l'assurée contre la décision sur opposition du 1<sup>er</sup> mai 2007 (CASSO 18 décembre 2008/AA 78/07). Statuant en dernière instance, le Tribunal fédéral a annulé cet arrêt et la décision sur opposition de la CNA, renvoyant la cause à cette dernière pour instruction complémentaire et nouvelle décision (TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010). Il a pour l'essentiel considéré que les documents au dossier, en particulier les avis contradictoires des Drs F.\_\_\_\_\_ et Z.\_\_\_\_\_, ne permettaient pas de déterminer le rattachement des troubles neuropsychologiques de l'assurée à un substrat organique, de sorte que la mise en œuvre d'une expertise interdisciplinaire s'imposait (consid. 3.3). Il a en revanche confirmé que les conclusions du Prof. G.\_\_\_\_\_ devaient être écartées, celles-ci reposant sur un examen selon la technique dite de tenseur de diffusion 3D, savoir une méthode expérimentale qui ne constituait pas un fondement fiable pour déterminer la causalité des lésions de l'assurée (consid. 3.2.3 *in fine*)

**B.** Le 14 octobre 2010, le Dr R.\_\_\_\_\_ a récapitulé la situation de l'assurée au médecin-conseil de la CNA, le Dr L.\_\_\_\_\_ (spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur), en particulier dans les termes suivants :

"(...) En résumé, on s'aperçoit (sic) que l'accident a laissé de profondes séquelles surtout psychiques, mais aussi locales :

- sur le plan psychique, on constate que U. \_\_\_\_\_ est devenue une autre personne depuis l'accident. Elle est extrêmement (sic) anxieuse, ne supporte pas les déplacements (sic) (p.ex., lorsqu'elle a dû aller chez le dr F. \_\_\_\_\_ à [...], sa mère qui la conduisait a dû s'arrêter à plusieurs reprises, puis ils ont (sic) passé la nuit dans un hôtel afin qu'elle puisse se reposer), elle a des troubles de concentration, elle parle avec des hésitations. Elle vit en fait dans un univers très restreint qu'elle connaît bien, chaque éloignement de celui-ci lui étant pénible.

- sur le plan physique, elle souffre toujours de nuques qui sont partiellement soulagées par des séances régulières de chiropraxie, de physiothérapies et de ttt (réd. : traitements) locaux.  
(...)"

Par lettre du 18 octobre 2010, l'assurée a requis de la CNA qu'elle procède à une IRM cérébrale et à une séquence DTI, à la recherche de résidus d'hémorragie cérébrale à la suite d'un TCC, respectivement d'atteintes à la substance blanche du cerveau. Répondant le 22 octobre 2010, la CNA a rejeté cette requête, se référant au considérant 3.2.3 de l'arrêt précité du Tribunal fédéral.

Sur mandat de la CNA, le Bureau romand d'expertises médicales (actuellement : Bureau d'expertises médicales; ci-après : le BEM) a mis sur pied une expertise pluridisciplinaire comprenant des volets rhumatologique (Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et médecine interne générale), psychiatrique (Dr M. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie), oto-rhino-laryngologique (Dresse D. \_\_\_\_\_, spécialiste en oto-rhino-laryngologie), neurologique (Dr T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie) et neuropsychologique (S. \_\_\_\_\_, psychologue).

Dans le rapport d'expertise du 4 juillet 2011, on peut notamment lire ce qui suit :

"(...) **QUESTIONNAIRE RHUMATOLOGIQUE, NEUROLOGIQUE ET ORL**  
(...)"

**4. Quel(s) diagnostic(s) peuvent être mis en relation de causalité pour le moins probable - au sens de la**

**vraisemblance prépondérante - avec l'accident du 02.02.2004 ?**

Au plan somatique :

- **HTA I 10**
- **Cervicarthrose modérée sans myélopathie ni radiculopathie dans le contexte d'une spondylodiscarthrose étagée également au niveau lombaire M 47.8**
- **Discrètes séquelles d'ostéodystrophie de croissance M 42.0**
- **Excès pondéral R 63.2**
- **Status post TCC avec possible contusion labyrinthique sans séquelle objective actuelle**

**5. Existe-t-il des séquelles organiques objectivables expliquant le tableau clinique au-delà du 19.02.2007 ?**

A aucun moment de l'évolution il n'y a eu de séquelle organique objectivable.

De plus, il convient de rajouter que l'impact en lui-même a été, malgré les dire (sic) de l'assurée, relativement peu important et n'a engendré qu'une amnésie circonstancielle avec perte de connaissance de brève durée. Il n'y a eu aucun déficit neurologique initial et les symptômes relevés actuellement sont, dans la majeure partie, apparus de façon secondaire, rendant ainsi peu probable toute relation de causalité avec l'accident nous occupant.  
(...)

**9. (Réd. : en l'absence de séquelles ainsi que de traitement possible,) peut-on considérer le statu quo sine/ante comme atteinte, respectivement retrouvé ? Depuis quand ?**

A partir du moment où la Dresse B. \_\_\_\_\_ envisageait une pleine reprise de l'activité professionnelle en juillet 2004 on peut estimer qu'on y arriverait mais en tout cas en novembre 2004 lorsque le médecin traitant, le Dr H. \_\_\_\_\_ et le chiropraticien attestent d'une disparition de la symptomatologie.

**10. Remarques éventuelles**

Les remarques rapportées par l'assurée ne sont en aucune façon spécifique (sic) d'une lésion structurelle, focale du système nerveux central. Elles peuvent aussi se rencontrer dans d'autres entités telles que le stress, la fatigue, le surmenage voire un état anxieux et dépressif.

QUESTIONNAIRE PSYCHIATRIQUE ET NEUROPSYCHOLOGIQUE

(...)

**4. Diagnostic psychiatrique et diagnostic différentiel selon l'ICD 10 ou DSM IV ?  
Pourquoi (motivation) ?**

Le tableau clinique correspond selon toute probabilité à une *agoraphobie avec trouble panique* (CIM-10 40.01). Ce diagnostic rend compte notamment des craintes spécifiques et du comportement d'évitement spécifique qui en résulte. Ce diagnostic expliquerait aussi, en partie du moins, les sensations vertigineuses et les troubles visuels. Dans le dossier, le diagnostic d'agoraphobie est évoqué par le Dr R. \_\_\_\_\_ dès le mois de septembre 2004, sept mois après l'accident. Au vu de l'anamnèse (pas d'antécédent de ce type avant l'accident), l'accident a joué le rôle de facteur déclenchant, surtout si le diagnostic de commotion (et donc de syndrome post-commotionnel) est retenu du point de vue somatique. Le trouble anxieux peut être accompagné de troubles attentionnels, mais ceux-ci sont généralement moins sévères que ceux dont se plaint l'expertisée. A noter que lors du présent examen, des troubles cognitifs importants (ralentissement mental et verbal) ont été mis en évidence au début de l'examen, mais qu'ils se sont amendés spontanément après 1h15 d'examen. De même lors de l'examen neuropsychologique, les troubles cognitifs se sont avérés inconstants. On peut supposer que le stress lié à l'expertise a joué un rôle dans la survenue des troubles cognitifs, et que peu à peu l'expertisée s'est détendue ce qui semble les avoir fait disparaître.

Mais l'accident en soi ne saurait expliquer la gravité et la persistance de l'agoraphobie, dont on admet qu'elle est due à des facteurs étiologiques endogènes en interaction avec des facteurs environnementaux. Une étiologie traumatique ou réactionnelle n'est habituellement pas reconnue à cette affection, sauf temporairement, pendant quelques mois au plus. Il n'y a d'ailleurs pas de symptômes d'état de stress post-traumatique, ni lié à l'accident 2004, ni lié à l'incendie de l'appartement (réd. : survenu en 2005).

## **5. Causalité**

### **5.1 Les troubles en cause constituent-ils des suites au moins probables de la distorsion de la colonne cervicale ou doit-on admettre qu'il s'agit d'une atteinte à la santé indépendante ?**

Au plan psychiatrique

Dans la mesure où l'accident a joué le rôle de facteur déclenchant du trouble anxieux du fait des manifestations vertigineuses et visuelles liées au syndrome post-commotionnel, on peut admettre une relation de causalité. Mais celle-ci est limitée dans le temps car l'agoraphobie a son déterminisme propre, où l'on n'admet pas qu'un traumatisme limité comme une chute par terre puisse jouer un rôle durable. En l'occurrence on peut admettre une relation de causalité pendant un laps de temps de 18 mois, soit la durée maximale du syndrome post-commotionnel proprement dit même si au plan somatique l'on a constaté une amélioration des troubles en novembre 2004 avant de les voir se réactiver.

### **5.2 Les troubles actuels sont-ils attribuables à l'accident au moins de façon probable ?**

Au plan psychiatrique

Non. La relation de causalité peut être admise pendant 18 mois au plus après l'accident sur le plan strictement psychiatrique.

### **5.3 Quels facteurs étrangers à l'accident doit-on retenir ?`**

Au plan psychiatrique

Les facteurs endogènes propres à l'agoraphobie.

### **5.4 Existe-t-il des indices relatifs à l'existence d'une affection psychique antérieure ou de troubles psychiques qui se seraient développés indépendamment de l'accident ?**

Au plan psychiatrique

Il n'y a pas d'évidence de troubles à proprement parler psychiatriques avant l'accident. Pour ce qui est de l'agoraphobie, l'accident a joué le rôle de facteur déclenchant mais il ne saurait expliquer sa persistance, près de sept ans après l'accident.

### **5.5 L'accident a-t-il conduit au mois de façon probable, à une aggravation durable d'un état antérieur ?**

Non.  
(...)

## **7. Capacités professionnelles :**

### **7.1 Au regard des seules troubles psychiques, comment appréciez-vous la capacité de travail, en termes de rendement, en qualité de... ?**

### **Existe-t-il - cas échéant en sus d'une baisse de rendement une limitation horaire ?**

Au plan psychiatrique

Au vu du diagnostic retenu et de son degré de gravité (moyen, en amélioration), il paraît raisonnable d'admettre une incapacité de travail de 50% à l'heure actuelle. Il est probable que le trouble a été plus sévère dans les trois à quatre ans qui sont suivi l'accident, occasionnant un taux d'incapacité de 100% pendant un certain temps.

### **7.2 Au regard des seules troubles psychiques, quelles fonctions et activités sont-elles encore exigibles ?**

### **Avec quels horaire et rendement ?**

Toute activité à 50%.

## **8. Pronostic**

### **8.1 Peut-on attendre avec le temps un amendement partiel ou total du tableau psychique ?**

Au plan psychiatrique

Oui, un amendement total pour autant que l'expertisée continue à s'exposer méthodiquement aux stimuli anxiogènes comme elle a commencé à le faire de sa propre initiative depuis quelques années.

### **8.2 Si oui, dans quel délai ?**

Au plan psychiatrique

Dans l'agoraphobie sévère et même moyenne, les progrès sont lents. On peut parler d'un délai de l'ordre de cinq ans à partir de maintenant.

### **Ou peut-on affirmer que lesdits troubles subsisteront vraisemblablement avec au moins la même gravité la vie durant ?**

C'est possible, mais moins probable qu'une poursuite de l'amélioration

### **8.4 Du point de vue psychiatrique, quels motifs parlent ici contre le principe de dégressivité des troubles psychiques ?**

Au plan psychiatrique

L'agoraphobie n'est pas une séquelle d'accident susceptible de rémission progressive au fur et à mesure que l'accident s'éloigne dans le temps. Il s'agit d'une atteinte psychiatrique ayant valeur de maladie, avec son déterminisme endogène propre, qui inclut une tendance à la chronicité.

### **9. Remarques éventuelles**

Mme a remis en annexe un CD d'une IRM cervicale ne mettant pas en évidence de lésion traumatique (...).  
(...)"

L'assurée s'est déterminée sur l'expertise le 23 décembre 2011, contestant sa valeur probante au motif qu'elle était incomplète et qu'elle comprenait des erreurs ainsi que des interprétations fallacieuses des pièces du dossier.

A la demande de la CNA, le Dr Z. \_\_\_\_\_ s'est également prononcé sur l'expertise les 23 janvier (volet neurologique) et 4 avril 2012 (volet psychiatrique), une traduction de ses écrits ayant par la suite été versée au dossier. S'agissant du premier volet, il a en substance indiqué que le rapport comprenait une anamnèse et un exposé de l'instruction complets, seule la structure du rapport étant par endroits discutable. Selon lui, cela ne remettait toutefois pas en cause la valeur probante de

l'expertise. Sur le fond, il a relevé que l'expertise apportait une réponse claire aux questions litigieuses du cas d'espèce et présentait des conclusions motivées. Au sujet du second volet, il a souligné l'absence de description de la personnalité de l'assurée, sans que cette absence remette toutefois en cause la valeur probante de l'expertise.

Par décision du 15 août 2012, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 19 février 2007, au motif que l'assurée n'avait plus de séquelles de l'accident nécessitant un traitement.

Par acte du 22 août 2012, l'assurance-maladie de l'assurée a formé opposition à titre conservatoire contre cette décision, exposant qu'elle examinerait le cas plus en détail. Elle a retiré son opposition le 5 septembre 2012.

Le 17 septembre 2012, l'assurée s'est opposée à la décision de la CNA du 15 août 2012, réitérant ses arguments quant à la valeur probante de l'expertise du 4 juillet 2012 et quant à la possibilité de détecter des séquelles organiques au moyen d'une IRM DTI. Elle a exposé qu'une expertise était en cours pour le compte de l'assurance-invalidité.

A la demande de l'assurée, la CNA lui a transmis le 12 décembre 2012 un rapport d'expertise neuroradiologique des Drs I. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_ (tous deux spécialistes en radiologie) du 23 janvier 2011, notamment rédigé comme suit :

"(...) Une IRM cérébrale a été effectuée en date du 7.7.2004.  
(...)

Cet examen montre des petites anomalies de signal de la substance blanche sous-corticale supra tentorielle, bilatérales, tout-à-fait (sic) aspécifiques. Ces petites anomalies de signal sont visibles fréquemment chez les patients à partir de l'âge de 30 ans. Le reste de l'examen ne montre pas d'anomalie.

(...)

**Conclusion**

La revue des différents dossiers et de la littérature, ne permet pas de mettre en évidence, sur les images à disposition, d'anomalie en rapport avec le traumatisme.

Les IRM cérébraux de 2004 et 2008 pouvant être considérés dans les limites de la norme par rapport à l'âge, notamment pas de séquelles hémorragiques.  
(...)"

Le 17 décembre 2012, l'assurée a produit un rapport d'expertise pluridisciplinaire rendu le 4 octobre 2012 par la Clinique [...] (Dresse [...], spécialiste en oto-rhino-laryngologie; Dr [...], spécialiste en neurologie; Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie) dans le cadre d'une procédure en matière d'assurance-invalidité, dont elle a toutefois contesté les conclusions. Retenant les diagnostics d'uncarthrose au niveau C3-C4, avec rétrécissement du foramen droit et légère ostéochondrose, discopathie étagée de L2 à S1 ainsi que de troubles dissociatifs (de conversion), sans précision (ICD-10, F44.9) sur traits de personnalité histrionique et hypocondriaque, les experts ont exposé ce qui suit :

"(...) **DISCUSSION ET SYNTHÈSE PLURIDISCIPLINAIRE**

(...)

**b. Etat actuel, interaction et évolution prévisible**

Au terme du présent examen, le diagnostic de MTB de grade I est au stade de status post, mais il n'y a pas lieu de remettre en cause les conclusions du neurologue dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire de juillet 2011 : il n'existe pas d'atteinte neurologique objectivable. Les symptômes signalés par l'investiguée étaient admissibles dans les 6 mois après la chute mais aucun examen ne montre leur persistance. Par ailleurs, il convient de noter la variabilité surprenante des symptômes de troubles de l'équilibre, illustrée non seulement dans les différents rapports médicaux, mais également par la présence d'une déviation de la manœuvre d'UNTERBERGER à gauche à l'expertise de neurologie, alors que quelques jours plus tôt, l'examen ORL était sans particularité.

La perte de distance actuelle décrite sur l'auto-questionnaire spécifique au rachis cervical, non expliquée par une pathologie rachidienne, n'est pas décrite comme actuelle aux experts, qui la retrouvent uniquement sur le questionnaire. Cette plainte est nouvelle mais elle peut être en lien avec une baisse de la vision, une consultation pourrait avoir lieu, si tant est que cette plainte soit toujours présente.

Aucune sonophobie n'a été rapportée actuellement en oto-rhino-laryngologie, mais décrite au neurologue, alors que celle-ci était quasi-asymptomatique en 2005. Etant donné que des examens d'audiométrie ont été réalisés au BREM et qu'ils ont mis en évidence des seuils d'inconfort de 60dB, il n'a pas été jugé utile de faire réaliser de nouveaux tests, les discordances dans le discours ne plaidant pas en faveur de plaintes toujours présentes.

Au terme de cette expertise, sur le plan de la psychiatrie, il n'y a pas lieu de remettre fondamentalement en cause les conclusions d'avril 2007. En effet, de sa propre déclaration, l'investiguée a réalisé de notables progrès jour après jour depuis l'année 2004. Le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique de juillet 2011 est rigoureusement exclu.

Il est remarquablement cohérent au plan médico-psychologique que l'expertise ORL retienne au final une dépendance visuelle avec un état de mal des transports. Or, les anomalies mises en évidence par le test postural renvoient, en l'absence de pathologie ORL avérée, à une cause soit neurologique, soit psychogène, soit de simulation. Or, sur le plan neurologique, une pathologie centrale est exclue, et il ne reste que la piste psychogène ou de simulation. La dépendance visuelle est alors le dernier substratum par lequel U.\_\_\_\_\_, par un vécu psychologique catastrophique, amplifié et utilitariste de personnalité, déploie ses signes et plaintes de divers ordres.

Dès lors, il convient de mettre en perspective cette dépendance visuelle, aux effets somme toute modestes et améliorés à 80% en 2005, alors qu'aucun spécialiste n'a été consulté ces dernières années, avec les handicaps et incapacités dont l'expertisée estime être atteinte. L'absence de toute démarche en ce sens vient saturer un peu plus la surdétermination psychogène histrionique, non incapacitante en soi, des allégations de l'assurée.

Les notions de potentialisation d'amplification des plaintes, de démotivation et de recherche utilitariste de bénéfices secondaires prennent alors tout leur sens dans ce contexte d'une organisation histrionique de la personnalité (on rappelle par exemple si besoin était, le courrier par lequel l'intéressée estime que les tâches domestiques occupent 90% de son temps, alors qu'elle vit seule avec sa mère).

De même l'explorée allègue un rayon d'action suffisant dans la vie courante suffisant pour organiser une vie professionnelle en adéquation avec les effets de ce trouble ORL, d'autant qu'elle atteste d'une amélioration à 80% depuis une mesure de physiothérapie adaptée, et que dans le cadre logique d'une réduction du dommage, il était cohérent qu'elle déménage à toute proximité de son lieu de travail.

L'évolution est imprévisible en ce contexte mais peut paradoxalement être de bonne facture dès lors que l'investiguée estimera qu'elle peut et doit mettre un terme à ses demandes excessives et infondées. Un travail psychothérapique centré sur cette question pourrait y contribuer, de même qu'un traitement anxiolytique léger. Par contre, aucune autre mesure n'est nécessaire et tout soutien ne contribuera qu'à maintenir une exigence qui est mal fondée.

(...)"

Par décision sur opposition du 21 janvier 2013, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée, pour les motifs suivants :

"(...) 3.

a.

En l'occurrence, les experts du BREM ont relevé qu'il n'y a pas de lésion objective au plan de la médecine interne ni au plan de l'appareil locomoteur en relation avec l'accident du 2 février 2004. L'examen neurologique n'a mis en exergue aucune anomalie corroborant une lésion traumatique. Les données neuropsychologiques effectuées n'ont pas non plus démontré d'éléments focaux étayant une souffrance cérébrale post-traumatique focale ou généralisée : certes, un ralentissement a été constaté à l'occasion de certaines épreuves, mais ne s'est pas révélé présent de manière constante et serait plutôt à interpréter comme l'expression d'une certaine vulnérabilité psychique. Enfin, le bilan ORL (y compris oto-neurologique) s'est avéré normal.

Les experts ont, en outre, attiré l'attention sur le fait que les atteintes rapportées par l'assurée ne sont en aucune façon spécifiques d'une lésion structurelle, focale du système nerveux central. Elles peuvent aussi se rencontrer dans d'autres entités telles que le stress, la fatigue, le surmenage, voire un état anxieux dépressif.

Précisément, sur le plan psychiatrique, le diagnostic d'agoraphobie avec trouble panique (CIM-10 40.01) a été posé. Ce diagnostic expliquerait aussi, en partie du moins, les sensations vertigineuses et les troubles visuels. Toutefois, ce trouble ne peut être mis en relation avec l'accident au-delà d'une durée de 18 mois.

b.

Par l'entremise de son avocat, U. \_\_\_\_\_ a formulé divers griefs à l'encontre des affirmations des experts qu'elle considère comme complètement fausses au point que l'expertise serait, de son point de vue "totalement nulle et non-avenue." De surcroît, elle requiert que la Suva prenne en considération les images réalisées par le Pr. G. \_\_\_\_\_ au moyen de l'IRM cérébrale conventionnelle du 12 juin 2008, selon lesquelles elle aurait subi une hémorragie cérébrale post-traumatique.

c.

Il sied toutefois d'objecter que la prénommée s'attache à des détails qui n'ont aucune incidence sur les conclusions rendues par les experts. Surtout, les l'expertise neuroradiologique (rapport du 23.03.2011 des docteurs I. \_\_\_\_\_ et Y. \_\_\_\_\_) n'a pas permis de retenir d'anomalie en rapport avec le traumatisme subi.

d.

Il n'est au demeurant, pas indifférent de mentionner que les experts de la Clinique [...] ont également nié la présence d'un déficit neurologique objectivable. De même, il n'existe pas de diagnostic ORL, l'ensemble des bilans labyrinthiques s'avérant normal, et aucune altération des fonctions cognitives n'a été constatée. Les

coupes d'IRM cérébrale réalisée permettent, enfin d'écarter toute lésion post-traumatique.

e.

Cela étant, même si U. \_\_\_\_\_ conteste sans détour les conclusions du BREM et de la Clinique [...], il n'en demeure pas moins que l'on ne peut objectivement pas retenir l'existence d'un substrat organique au sens d'une altération structurelle comprise dans la première catégorie susmentionnée. L'on pourrait dès lors ranger la symptomatologie exprimée par l'opposante dans la catégorie II ou III. La question de déterminer si les troubles subsistant au-delà du 19 février 2008 doivent être intégrés dans l'une ou l'autre de ces deux catégories peut, en définitive, demeurer ouverte dès lors que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident du 2 février 2004 doit de toute façon être niée.

f.

En effet, quelle que soit la jurisprudence applicable (...), il convient de nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles allégués par U. \_\_\_\_\_ et l'événement du 2 février 2004, à classer tout au plus dans la limite inférieure des accidents de gravité moyenne (...):

En particulier, le déroulement de celui-ci n'était, objectivement, pas particulièrement impressionnant et était dénué de toute circonstance dramatique. Les lésions subies ne sauraient pas plus être qualifiée de graves ou propres à entraîner des troubles psychiques. Le dossier ne révèle, de surcroît, pas des difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes. La symptomatologie présentée par l'intéressée ne s'est pas manifestée sous la forme de douleurs importantes. Quant à la durée du traitement médical et de l'incapacité de travail, elle n'apparaît pas particulièrement longue, a fortiori si l'on prend en considération le fait que, dans le cas de U. \_\_\_\_\_, ces facteurs ne relèvent pas des troubles organiques.

g.

En conséquence, faute de pouvoir admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident du 2 février 2004 et les troubles affectant U. \_\_\_\_\_, il convient de reconnaître que la Suva était en droit de mettre un terme au versement de ses prestations au 19 février 2007. Il peut, en outre, être opportun de rappeler le fait que [...], caisse-maladie de la prénommée, a retiré l'opposition préventive qu'elle avait formée contre la décision de la SUVA, admettant que le cas méritait d'être pris en charge selon les dispositions prévues par la LAMal à compter du 20 février 2007.  
(...)"

**C.** Par acte du 21 février 2013, U. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision sur opposition, concluant à sa réforme en ce sens que les prestations de l'assurance-accidents lui sont octroyées. Rappelant que le Tribunal fédéral, dans son arrêt TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010, avait

écarté les conclusions du Prof. G. \_\_\_\_\_ au motif que la technique du tenseur de diffusion était encore expérimentale, elle a fait valoir que les constatations de ce praticien reposaient également sur des images d'IRM conventionnelle qui n'avaient fait l'objet d'aucune remarque. Elle a fait valoir que les expertises des 4 juillet 2011 (BEM) et 4 octobre 2012 (Clinique [...]) avaient mis en lumière des atteintes à sa santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle de la nuque. Invoquant ces constatations en lien avec celles du Prof. G. \_\_\_\_\_ et du Dr F. \_\_\_\_\_ - et les opposant à celles de la Dresse Y. \_\_\_\_\_ -, la recourante a soutenu que l'origine organique de ses troubles neuropsychologiques était démontrée.

Répondant le 20 juin 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel aux motifs de la décision sur opposition litigieuse, en particulier s'agissant des constatations des experts qu'elle a mandatés. Elle a au surplus invoqué l'arrêt TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 du Tribunal fédéral pour écarter les conclusions du Prof. G. \_\_\_\_\_.

Par décision du 24 juin 2013 (AJ13.014037), le Juge instructeur a accordé le bénéfice de l'assistance judiciaire à la recourante, la dispensant de toute franchise mensuelle.

Dans sa réplique du 12 septembre 2013, la recourante s'est prévaluée de l'arrêt TF 8C\_978/2009 du 14 janvier 2011, dans lequel le Tribunal fédéral avait admis des lésions visibles à l'IRM standard effectuée auprès du [...] Paris. Elle a pour le surplus renvoyé à ses précédentes écritures.

Cette écriture a été transmise par avis du 13 septembre 2013 à l'intimée, qui ne s'est pas déterminée plus avant.

Me Seidler a produit sa liste d'opérations le 2 juin 2015, alléguant avoir consacré dix heures et vingt-cinq minutes à son mandat, ses débours s'élevant à 120 fr. 30.

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

**1.**           **a)** Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]).

**b)** Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise sur la procédure administrative du 28 octobre 2008; RSV 173.36]).

**c)** L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

                  Déposé le 21 février 2013, trente jours après le prononcé de la décision sur opposition litigieuse du 21 janvier 2013, le recours – qui remplit les conditions légales de forme – est en l'occurrence recevable.

**2.**           Le litige porte sur le maintien éventuel du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 19 février 2007 pour les troubles persistant au-delà de cette date.

**3.**           **a)** Les dispositions légales applicables et la jurisprudence topique sont exposés de manière circonstanciée dans l'arrêt CASSO 18 décembre 2008/AA 78/07 (cf. not. consid. 4 s. relatifs à la causalité), de sorte qu'on peut se contenter de rappeler ce qui suit.

**b)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; ATF 119 V 335 consid. 1; ATF 118 V 286 consid. 1b et réf. cit.). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2; ATF 129 V 402 consid. 2.2; ATF 125 V 456 consid. 5a et réf. cit.; pour le tout cf. TF 8C\_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 2).

**c)** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 consid. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a; pour le tout TF 9C\_398/2014 du 27 août 2014).

Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude

circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes; il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage. Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C\_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et réf. cit.).

**4. a)** Se fondant sur le rapport d'expertise pluridisciplinaire du BEM du 4 juillet 2011 - ainsi que sur le rapport d'expertise de la Clinique [...] du 4 octobre 2012 -, l'intimée a retenu que la recourante ne présentait pas d'atteintes somatiques objectivables consécutivement à l'accident du 2 février 2004. Considérant par ailleurs que cet accident n'était pas suffisamment grave pour que des atteintes psychiques entrent en ligne de compte, elle a confirmé la fin de ses prestations avec effet au 19 février 2007.

**b)** Dans son recours, la recourante - qui avait contesté les constatations des experts lors de la procédure devant l'intimée - a soutenu que les diagnostics retenus par ces derniers démontraient l'existence d'atteintes structurelles à son état de santé. Elle a mis ces diagnostics en lien avec les avis du Prof. G. \_\_\_\_\_ et du Dr. F. \_\_\_\_\_. Ce

faisant, la recourante se réfère à des pièces médicales antérieures à l'arrêt TF 8C\_510/2009 précité du Tribunal fédéral. Celui-ci a toutefois considéré que les documents en question ne permettaient pas de trancher les questions litigieuses du cas d'espèce (cf. arrêt précité consid. 3.3), de sorte qu'ils ne remettent pas en cause les conclusions des experts. La recourante ne peut par conséquent rien en tirer. Le Tribunal fédéral a d'ailleurs considéré que le rapport du Prof. G.\_\_\_\_\_ du 7 juillet 2008 n'était pas probant. La recourante soutient que seule l'une des méthodes utilisée au cours de l'IRM cérébrale aurait ainsi été remise en cause, mais que d'autres méthodes d'imagerie reconnues démontreraient également l'existence d'atteintes structurelles. On peut douter de la pertinence de cet argument, qui reviendrait à admettre partiellement la force probante d'un rapport par l'interprétation des données médicales qu'il contient, savoir une tâche incombant au médecin et non au juge. Quoi qu'il en soit, le Tribunal fédéral a exclu la force probante de l'entier des conclusions du Prof. G.\_\_\_\_\_ (cf. arrêt précité consid. 3.2.2) et il n'y a pas lieu d'y revenir dans le cas d'espèce.

La recourante soutient par ailleurs que la Dresse Y.\_\_\_\_\_ - dont elle a cependant critiqué les constatations - a constaté une asymétrie de la corne temporale droite ainsi que de discrètes altération de la substance blanche. Cette praticienne a toutefois expressément exclu toute anomalie en rapport avec l'accident du 2 février 2004 (cf. rapport du 23 janvier 2011), contredisant au demeurant le Prof. G.\_\_\_\_\_ sur ce point. La recourante n'a pour le surplus pas contesté les constatations des experts dans le cadre de la procédure de recours. S'agissant des griefs qu'elle avait développés dans son opposition du 15 août 2012, on peut se référer aux motifs convaincants exposés par l'intimée dans la décision sur opposition litigieuse.

**c)** Rien ne permet en définitive de remettre en cause les conclusions, claires et motivées (cf. à cet égard les arguments pertinents développés par le Dr Z.\_\_\_\_\_ dans ses avis des 23 janvier et 4 avril 2012), des experts du BEM.

On doit dès lors admettre, avec l'intimée, que la recourante n'a pas subi d'atteinte structurelles à son état de santé. Les autres points de la décision sur opposition litigieuse n'ont quant à eux pas été contestés et, vérifiés d'office, peuvent être confirmés.

**5. a)** Il s'ensuit le rejet du recours et la confirmation de la décision sur opposition litigieuse du 21 janvier 2013.

**b)** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort du recours, il n'y a pas non plus lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

**c)** La recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la désignation d'un conseil d'office (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [Code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD). Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, le conseil d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD).

Il ressort de la liste des opérations produite le 2 juin 2015 par Me Seidler que ce dernier a consacré dix heures et vingt-cinq minutes à son mandat, ce qui est très raisonnable au vu de l'ampleur et de la difficulté de la cause. Arrondies à dix heures et trente minutes, ces opérations donnent droit à une rémunération de 1'890 fr. (10.5 h. x 180 fr.; cf. art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RS 211.02.3]). S'agissant des débours, Me Seidler a comptabilisé les photocopies au coût unitaire de 50 centimes – et non 20 centimes, comme la Cour de céans l'admet en principe –; il a retenu, en sus du temps consacré aux entretiens téléphoniques, 1 fr. par tranche de cinq minutes, ce qui conduirait à une double rémunération de ces opérations. Vu toutefois le caractère globalement raisonnable du montant des débours – y compris en lien avec le volume des opérations comptabilisées –, on les admettra intégralement à concurrence de 120 fr. 30. On comptera encore la TVA (8%) sur le tout,

arrondie à 160 fr. 80. En définitive, l'indemnité de conseil d'office s'élève ainsi à 2'171 fr. 10 (1'890 fr. + 120 fr. 30 + 160 fr. 80).

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC *cum* art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service de justice et législation de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours interjeté le 21 février 2013 par U. \_\_\_\_\_ est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 21 janvier 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV. L'indemnité d'office de Me Pierre Seidler, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'171 fr. 10 (deux mille cent septante et un francs et dix centimes), TVA et débours compris.
- V. La recourante 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 mise à la charge de l'Etat.

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Pierre Seidler (pour U. \_\_\_\_\_),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :