

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 16 octobre 2015

---

Composition : M. MERZ, président  
M. Pittet et Mme Moyard, juges assesseurs  
Greffière : Mme Pellaton

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**I.** \_\_\_\_\_, à [...] en France, recourante, représentée par Me Guy Longchamp, avocat à Saint-Sulpice,

et

**C.** \_\_\_\_\_ **ASSURANCES SA**, à Martigny, intimée.

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

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

**A.** I. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1971, de nationalité suisse, au bénéfice d'un CFC d'employée de commerce, travaillait à V. \_\_\_\_\_ en tant que gestionnaire de dossiers spécialisés depuis le 7 janvier 2008. Elle était à ce titre assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles, auprès de la Caisse S. \_\_\_\_\_, [...], actuellement C. \_\_\_\_\_ Assurances SA (ci-après : C. \_\_\_\_\_ Assurances SA ou l'intimée).

Le 20 janvier 2009, elle a fait une chute suite à une crise d'épilepsie alors qu'elle se trouvait dans un centre commercial. Il ressort de la déclaration d'accident, remplie le 9 septembre 2009, qu'elle a subi un traumatisme crânien et n'a plus travaillé jusqu'au 27 février 2009, où elle a repris son activité à 50 %. L'assurée a précisé à l'occasion d'un entretien avec la la Caisse S. \_\_\_\_\_ du 8 octobre 2009 qu'elle avait annoncé l'accident tardivement au motif que c'était le médecin cantonal qui avait déterminé que l'incapacité de travail était liée à la chute précitée plutôt qu'à la maladie.

**B. a)** L'assurée a subi des examens dans le cadre d'une consultation spécialisée de neurologie du comportement au service de neurologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (ci-après : CHUV). Le Dr A. \_\_\_\_\_, en collaboration avec une psychologue assistante, a rendu un rapport le 23 février 2009 à l'intention du Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée. Sous la rubrique « antécédents » de ce rapport, il est noté notamment que l'assurée souffrait d'un état dépressif réactionnel depuis août 2008, en raison de la grave maladie de sa mère, et avait présenté une crise épileptique généralisée tonico-clonique aux âges de 15 et 20 ans. L'assurée se plaignait de difficultés de la mémoire prospective, d'un manque de mots et de la perte du fil de son discours. Elle rapportait des difficultés à se concentrer, un ralentissement psycho-moteur et une

fatigue importante. Au niveau thymique, elle se sentait triste et vide et son comportement se serait légèrement modifié, avec une irritabilité accrue et la tendance à être négative. Le Dr A.\_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de trouble modéré de la mémoire de travail, ralentissement psychomoteur, de status post traumatisme crânio-cérébral avec hémorragie sous-arachnoïdienne et discrète contusion temporale gauche sur crise d'épilepsie généralisée en date du 20 janvier 2009, et d'épilepsie symptomatique sur sclérose hippocampique gauche avec crises partielles complexes secondairement généralisées. Il a conclu que les difficultés au niveau de la mémoire de travail et le ralentissement important que présentait l'intéressée étaient plus en relation avec le traumatisme crânio-cérébral qu'avec la sclérose hippocampique. Ces difficultés cognitives étaient de nature à perturber la reprise professionnelle à temps plein et une légère réorganisation du travail leur semblait utile, en plus de la réduction du temps de travail.

**b)** L'assurée a été vue par le Dr Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine du travail et en médecine interne générale, pour un bilan de médecine du travail. Ce médecin a rendu un rapport le 12 juin 2009, notant que l'assurée présentait une atteinte neuropsychologique avec ralentissement psychomoteur et troubles mnésiques, mais aussi une fatigue, des acouphènes, des céphalées et une intolérance au bruit. Elle présentait également des épisodes de vertige attribués à une cupulolithiase. L'ensemble générait une baisse de rendement professionnel dans un taux d'activité de 50 % de son taux contractuel de 90 %. Il était difficile à ce stade de définir un pronostic sur la capacité de travail. L'on pouvait craindre une évolution vers une invalidité définitive partielle. Il conseillait, si l'évolution devait le permettre, une augmentation du taux par paliers de 10 %.

**c)** L'assurée a bénéficié d'une consultation spécialisée d'épileptologie le 8 juillet 2009 au CHUV. Les Drs L.\_\_\_\_\_ et U.\_\_\_\_\_ ont rédigé un rapport le 23 suivant, notant une évolution plutôt favorable suite à un changement thérapeutique, au début d'un suivi psychiatrique auprès du Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et au

début d'une activité physique (fitness). Ils proposaient une augmentation du taux d'activité progressive de 10 %.

**d)** Le Dr Q.\_\_\_\_\_ a répondu à un questionnaire à l'intention du médecin-conseil de la Caisse S.\_\_\_\_\_, le 11 septembre 2009, reprenant les constatations et conclusions des Drs Z.\_\_\_\_\_ et A.\_\_\_\_\_.

**C.** L'assurée ayant également déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité, le Dr J.\_\_\_\_\_ a rédigé un rapport à l'intention de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) le 30 septembre 2009. Il y a mentionné les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de trouble cognitif sur lésion cérébrale, de status post traumatisme crânio-cérébral avec hémorragie sous-arachnoïdienne et d'épilepsie symptomatique sur sclérose hippocampique gauche. Il a ensuite posé les diagnostics sans effet sur la capacité de travail d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique (F32.10), depuis 2008, de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9) depuis l'adolescence, et de trouble organique de la personnalité probable (F07.0) depuis 2009. Il traitait la patiente depuis le 16 mars 2009. On extrait du rapport ce qui suit :

« Les critères en faveur d'un épisode dépressif moyen sont réunis : humeur dépressive, diminution du plaisir, fatigabilité, ralentissement, diminution de la concentration, idées de culpabilité, inquiétude pour l'avenir, perturbation du sommeil. L'épisode semble avoir un caractère réactionnel mais sa longueur empêche de le coder en F43. L'anamnèse démontre une fragilité de la personnalité apparente lors de certaines étapes de vie. Actuellement, la personnalité est globalement affectée avec un ralentissement, une passivité, une labilité émotionnelle et une diminution de la réactivité. En l'absence d'observation antérieure, on peut donc suspecter une atteinte organique se répercutant aussi au niveau de l'ensemble de la personnalité. »

Le pronostic sur le plan de la capacité de travail dépendait de l'évolution des troubles cognitifs. L'activité habituelle était exigible.

**D.** la Caisse S.\_\_\_\_\_ a mandaté le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, dans le but d'une expertise. Ce médecin a adressé la patiente à la Professeure T.\_\_\_\_\_, cheffe de service au CHUV, service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation, laquelle a effectué un examen

neuropsychologique le 19 janvier 2010. Cet examen mettait en évidence un léger ralentissement dans une épreuve de lecture sous contrainte temporelle ainsi qu'un empan verbal modérément déficitaire chez une patiente présentant une fatigabilité importante et des signes probables de la lignée anxio-dépressive. Par rapport au bilan de février 2009, une évolution globalement favorable était notée avec une diminution du ralentissement et une amélioration des performances en mémoire de travail. Il était souhaitable de favoriser des tâches routinières et peu complexes.

Le Dr P. \_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise le 5 février 2010, sur la base du dossier transmis par la Caisse S. \_\_\_\_\_, des déclarations de l'assurée, du résultat de l'examen neurologique et de l'électroencéphalographie (ci-après : EEG) pratiqués lors de l'expertise et du résultat de l'examen neuropsychologique de la Dresse T. \_\_\_\_\_. On extrait de ce rapport ce qui suit :

« IV. RESUME DU CAS, APPRECIATION ET REPONSE AU QUESTIONNAIRE :  
[...]

En raison de l'amélioration globale de son état neuropsychologique et psychologique, Mme I. \_\_\_\_\_ a pu reprendre progressivement son activité professionnelle préalable avec un certain aménagement jusqu'à un taux actuel de 50 % d'un 100 %. Subjectivement, la patiente a néanmoins l'impression d'un rendement effectif de 37 % d'un 100 %.

Actuellement, les plaintes formulées par Mme I. \_\_\_\_\_ sont nettement moins importantes que celles signalées en situation immédiatement post-traumatique. Persistent néanmoins encore actuellement des céphalées, des vertiges, des acouphènes et une phonophobie intermittente plutôt en situation de fatigue et de stress. Persistent encore également une lenteur à la réflexion, des troubles de la mémoire et de la concentration, une difficulté de gestion du stress et des difficultés à établir des priorités dans le cadre du travail. Les autres plaintes ont pratiquement totalement disparu.

Le traitement comporte toujours Lyrica 2 x 150 mg par jour, Cipralex 2 x 10 mg, prise en charge psychiatrique/psychothérapeutique.

L'examen neurologique effectué dans le cadre du présent bilan est totalement normal. Du point de vue psychique, la patiente apparaît comme collaborante, mais toujours assez tendue, anxieuse et déprimée.  
[...]

L'EEG ne révèle pas d'activité comitiale mais montre un tracé d'assez bas voltage et surchargé de nombreux artéfacts musculaires comme on peut le rencontrer chez les sujets tendus et anxieux.

En conclusion, l'évolution proprement dite de la comitialité présentée par Mme I. \_\_\_\_\_ est jusqu'ici tout à fait favorable sous traitement de Lyrica qu'il convient de poursuivre, sans changement.

L'évolution neurologique proprement dite de la patiente est également tout à fait favorable et il n'y a actuellement pas au status neurologique de séquelle de l'hémorragie sous arachnoïdienne et de la contusion temporale gauche.

L'évolution neuropsychologique de la patiente est à considérer également comme globalement favorable puisque les difficultés neuropsychologiques (au demeurant toujours modérées) constatées initialement ont partiellement régressé et qu'il ne persiste actuellement qu'un léger ralentissement dans une épreuve de lecture sous contrainte temporelle ainsi qu'un empan verbal modérément déficitaire. Par contre, on observe tant à l'examen neurologique que lors du bilan neuropsychologique une fatigabilité importante et des signes de la lignée anxio-dépressive représentant vraisemblablement le facteur limitatif majeur dans la reprise de l'activité professionnelle préalable. On remarque en particulier que l'examen neuropsychologique du 19.1.2010 révèle, en mémoire antérograde, un apprentissage, une reconnaissance et une évocation différée d'une série de 15 mots dans les limites supérieures de la norme. Une épreuve similaire dans la modalité visuo-spatiale est également dans les normes supérieures. Par contre, en mémoire à court terme, l'empan verbal est modérément déficitaire et l'empan visuo-spatial est dans la norme. Les autres tests neuropsychologiques et notamment les capacités attentionnelles sont tout à fait normaux. Les déficits neuropsychologiques proprement dits sont donc très légers et aspécifiques pouvant autant être attribués aux conséquences de l'événement accidentel du 20.1.2009 qu'aux conséquences de l'état dépressif préexistant. Il est également possible que la médication de Lyrica et de Cipralex joue un certain rôle dans la fatigue/fatigabilité.

Sur le plan thérapeutique, il s'agit de poursuivre le traitement actuellement en cours. Comme l'évoquait le Prof. A. \_\_\_\_\_, on pourrait éventuellement intensifier le traitement à visée psychologique en utilisant un anti-dépresseur plus incisif et une thérapie cognitivo-comportementale.

En ce qui concerne la relation de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'événement accidentel, on doit admettre que les conséquences de l'accident ont très certainement joué un rôle prédominant jusqu'à la présente expertise. Actuellement, on admettra, pour les éléments développés plus haut, une part respective des conséquences de l'événement accidentel et de l'état dépressif préexistant de 50 %, ceci pendant une autre période de 1 an. Si les troubles devaient encore persister et surtout si ces derniers devaient avoir une conséquence sur la capacité de travail au terme d'une période de un an à partir de la présente expertise, la part respective des facteurs traumatiques et malades devrait être réappréciée.

En ce qui concerne la capacité de travail, Mme I. \_\_\_\_\_ est visiblement une personne de confiance et il n'y a pas, au terme du présent bilan, d'éléments faisant penser à une majoration des symptômes de nature volontaire ou involontaire. Actuellement, compte tenu des éléments post-traumatiques et malades, la capacité de travail effective de Mme I. \_\_\_\_\_ (présence et rendement) est de 60 % d'un 100 % [...].

En conséquence de ce qui précède, je répondrai à votre questionnaire de la façon suivante :  
[...]

2. Diagnostic :

- Epilepsie symptomatique sur sclérose hippocampique gauche avec crises partielles complexes et secondairement généralisées.
- Status après TCC [traumatisme crânio-cérébral] avec plaie du cuir chevelu, hémorragie sous-arachnoïdienne et discrète contusion temporale gauche sur crise d'épilepsie généralisée en date du 20.1.2009.
- Très discrets troubles neuropsychologiques séquellaires du TCC du 20.1.2009 sous forme d'un léger ralentissement, d'un empan verbal modérément déficitaire et d'une fatigabilité importante.
- Etat anxio-dépressif réactionnel à la maladie puis au décès de la mère de l'assurée (depuis août 2008).

[...]

Comme mentionné plus haut, les troubles apparus dans les suites de l'accident du 20 janvier 2009 sont dus de façon certaine à l'événement accidentel. Actuellement, on peut admettre que les troubles persistants (sur le plan subjectif et neuropsychologique) sont dus à 50 % à l'événement accidentel et à 50 % à l'état dépressif préexistant qui a vraisemblablement également été transitoirement aggravé par les conséquences de l'événement accidentel.

[...]

7. Doit-on s'attendre à ce qu'il subsiste une incapacité de travail définitive ? Si oui, pour quelles raisons (fonctions, activités) ? Quel en est le pourcentage ?

Etant donné la bonne évolution neurologique, la bonne évolution également sur le plan neuropsychologique bien que persistent encore actuellement de très discrètes difficultés, on peut penser que les seules conséquences de l'événement accidentel n'entraîneront pas à moyen et long terme d'incapacité de travail au-delà d'une période de 2 ans à partir de l'accident. Si une incapacité de travail devait persister, cette dernière serait vraisemblablement en relation avec les facteurs anxio-dépressifs. Etant donné que la mère de la patiente vient de décéder et que Mme I. \_\_\_\_\_ doit faire son deuil, on peut s'attendre à ce qu'une certaine incapacité de travail perdure pour quelques mois. Néanmoins, même sur un plan psychologique, on peut espérer que la situation s'améliore suffisamment pour autoriser une augmentation de la capacité de travail dans les mois qui suivent. Si tel ne devait pas être le cas, je pense qu'une expertise psychiatrique conjointe devrait être envisagée afin de déterminer la capacité de travail en relation avec les problèmes psychologiques.

Une adaptation du poste peut-elle permettre une augmentation de la capacité de travail ?

A ma connaissance, tel est déjà le cas puisque le poste de travail de Mme I. \_\_\_\_\_ a été adapté en diminuant la difficulté des dossiers, etc. Il est donc peu probable qu'une adaptation ultérieure du poste permette une augmentation de la capacité de travail. Par contre, éventuellement, un changement de poste vers une activité plus simple et répétitive pourrait éventuellement améliorer la capacité de travail effective. Ceci est à discuter avec l'employeur. Néanmoins, je propose d'attendre encore 6 à 12 mois avant d'envisager une modification "radicale" du poste d'activité de la patiente, étant donné qu'une amélioration de la capacité effective totale de travail de la patiente au vu de l'amélioration de l'état thymique est raisonnablement envisageable.

8. En tenant compte des seules suites de cet accident :

a) Compte tenu de son handicap et faisant abstraction de l'âge de l'assurée, quelles autres activités professionnelles pourrait-on raisonnablement exiger d'elle ? Quelles en seraient les caractéristiques (par exemple position assise, debout, partiellement debout, port de charges limité à x kg) ?

[...] Théoriquement, une modification de l'activité professionnelle dans le sens d'une activité plus simple, répétitive, pourrait peut-être améliorer la situation. Néanmoins, il existe un risque de décompensation psychologique lié à une blessure narcissique si l'on abaisse le niveau d'activité professionnelle de cette patiente qui a une formation universitaire, même si elle n'a pas obtenu de diplôme. Je serais donc pour ma part en faveur, comme mentionné plus haut, de maintenir l'aménagement actuel du poste préalable et d'observer l'évolution des troubles sur une période de 6 à 12 mois au maximum. Si les difficultés devaient persister, après nouveau bilan neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, on pourrait rediscuter d'une modification de l'activité professionnelle avec passage à un poste plus simple.

b) Quel serait le taux de capacité de travail (%) dans ces activités adaptées ?

Il est bien entendu impossible de déterminer actuellement le taux de capacité de travail dans une activité adaptée car, actuellement, il semble que les éléments anxio-dépressifs soient au premier plan même s'il existe encore des difficultés neuropsychologiques attribuables aux conséquences seules de l'événement accidentel.

9. Les suites de cet accident risquent-elles de laisser subsister une atteinte importante et durable - i.e. au moins de la même gravité pendant toute la vie - à l'intégrité physique ouvrant droit à une indemnité selon la LAA (IPAI) ? Si oui, quel est le pourcentage prévisible de l'atteinte selon l'annexe 3 OLAA et les tables SUVA ?

Pour les éléments développés plus haut, il ne sera possible de se prononcer sur les conséquences à long terme de l'évènement accidentel sur le plan de la perte à l'intégrité et de l'incapacité de travail qu'au terme d'une période de 2 ans après l'événement accidentel du 20.1.2009. Je propose donc de redéterminer, à cette date et en fonction de l'évolution du cas, les conséquences éventuelles de l'accident sur la perte à l'intégrité. [...] »

**E.** Par courrier du 28 juin 2010, la Caisse S.\_\_\_\_\_ a informé l'employeur de l'assurée de la prise en charge de l'intégralité des indemnités journalières du 23 janvier 2009 au 31 janvier 2010 et pour moitié à partir du 1<sup>er</sup> février 2010.

**F.** a) la Caisse S.\_\_\_\_\_ a mandaté à nouveau le Dr P.\_\_\_\_\_ en vue d'un complément d'expertise. Cet expert a préalablement demandé un bilan neuropsychologique à Mme G.\_\_\_\_\_, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, laquelle a rendu un rapport le 17 février 2011. Son examen mettait en évidence un dysfonctionnement exécutif et attentionnel modéré à sévère, des troubles du langage, un fléchissement du raisonnement logique, une fatigue et une fatigabilité sévères. Mme G.\_\_\_\_\_ a mentionné également les résultats d'une évaluation réalisée en février à la consultation mémoire du Pr. [...], soit un empan verbal sévèrement déficitaire, un déficit sévère des capacités attentionnelles en situation de double tâche, un déficit sévère des

capacités de flexibilité mentale, un déficit modéré de la fluence verbale littérale, un ralentissement aux épreuves langagières de dénomination et lecture sous contrainte temporelle, une patiente ralentie, fatigable et émotionnellement labile. Mme G.\_\_\_\_\_ a retenu que l'ensemble du tableau était compatible avec un traumatisme crânio-cérébral modéré à sévère avec hémorragie sous-arachnoïdienne et contusion temporale gauche. Les limitations fonctionnelles étaient importantes sur le plan cognitif.

**b)** Le Dr P.\_\_\_\_\_ a rendu son rapport le 25 février 2011, sur la base de son rapport précédent, du dossier de l'assureur-accidents, des déclarations de l'assurée ainsi que du résultat de l'examen neurologique et de l'EEG pratiqués lors de l'expertise, ainsi que le résultat de l'examen effectué par Mme G.\_\_\_\_\_. On en extrait ce qui suit :

« IV. RESUME DU CAS, APPRECIATION ET REPONSES AU QUESTIONNAIRE  
[...]

Alors que l'évolution globale des troubles paraissait plutôt favorable lors de l'expertise de décembre 2009, l'évolution ultérieure a été défavorable avec persistance voire aggravation des troubles neuropsychologiques et psychologiques amenant à un taux d'activité professionnelle actuel de 40 % de présence avec une perte de rendement importante de telle sorte que la patiente a dû être "déclassée", effectuant actuellement une activité plus simple, avec moins de responsabilité, néanmoins avec des difficultés considérables. La situation s'est compliquée également d'effets secondaires apparemment majeurs des différents traitements anti-épileptiques tentés jusqu'ici.

Actuellement, Mme I.\_\_\_\_\_ se plaint de maux de tête, de vertiges, d'une fatigue et d'une fatigabilité, de troubles de la mémoire et de la concentration, d'acouphènes avec phonophobie. La patiente estime que, travaillant à 40 % de taux de présence dans une activité simplifiée, son rendement est divisé par quatre. Elle signale également des difficultés importantes dans son activité de femme foyer devant être aidée par son époux et ses enfants pour la plupart des activités du ménage.

L'examen neurologique effectué comme habituellement reste sans anomalie significative hormis une possible discrète hyperréflexie tendineuse au niveau du membre supérieur droit.  
[...]

Sur le plan épileptologique, sous un traitement comportant actuellement Topamax et Zonegran, la situation paraît favorable avec bonne tolérance aux traitements médicamenteux et absence de toute crise partielle complexe depuis plusieurs mois.

Bien que la patiente signale une amélioration de son état thymique et que l'échelle HAD auto-administrée le 19 janvier 2011 dans le cadre du bilan

neuropsychologique pratiqué au CHUV n'est semble-t-il pas contributive pour une symptomatologie anxio-dépressive chez une patiente présentant une labilité émotionnelle, Mme I.\_\_\_\_\_ apparaît clairement sur un plan clinique comme "bizarre", déconnectée, en retrait et perplexe.

Les différents neuropsychologues et le Prof. T.\_\_\_\_\_ concluent à une nette baisse de l'efficacité professionnelle, le Prof. T.\_\_\_\_\_ estimant dans son rapport de juillet 2010 que le taux de présence se situe à 55 % mais avec une baisse de rendement entre 40 et 50 %, ce qui amène à une capacité de travail résiduelle globale (présence et rendement) de 20 à 30 %. Tel est l'avis également de Mme G.\_\_\_\_\_, estimant (communication téléphonique) que, dans le taux actuel de présence de 40 %, le rendement est divisé par 2.

Compte tenu des éléments susmentionnés, force est de reconnaître que Mme I.\_\_\_\_\_ est actuellement incapable de travail à plus de 50 % de présence (mi-temps) avec une perte de rendement dans ce taux de présence de 50 %, ce qui veut dire une capacité de travail effective de 20 à 25 %. Cette incapacité de travail est en relation avec les plaintes formulées par la patiente (céphalées ; vertiges ; fatigue ; fatigabilité ; troubles de la mémoire et de la concentration ; acouphènes et phonophobie), le tout amenant à une impossibilité de travailler à plus d'un mi-temps avec une perte de rendement comme précité. La question se pose donc de savoir quelle est la part des facteurs post-traumatiques et des facteurs indépendants de l'événement accidentel.

On relèvera tout d'abord que l'évolution « post-traumatique » de Mme I.\_\_\_\_\_ diffère assez clairement de ce que l'on était en droit d'attendre des suites purement somatiques (neurologiques et neuropsychologiques) du traumatisme de janvier 2009, bien qu'il soit toujours difficile de faire la part des éléments purement post-traumatiques des facteurs annexes à l'événement accidentel. Les plaintes formulées encore actuellement par Mme I.\_\_\_\_\_ sont celles que l'on rencontre habituellement dans les suites d'un tel événement accidentel (maux de tête ; sensations vertigineuses mal systématisées ; fatigue et fatigabilité). Les différents bilans neuropsychologiques pratiqués récemment montrent indubitablement des troubles attribuables aux séquelles d'un TCC avec contusion temporale avec des troubles dans le domaine du langage ainsi qu'un dysfonctionnement exécutif et attentionnel. A cela s'ajoutent vraisemblablement les effets secondaires des traitements médicamenteux et l'état thymique de la patiente, les fluctuations des performances mises en évidence lors des différents examens neuropsychologiques ne pouvant s'expliquer par les conséquences de l'événement accidentel.

S'agissant de la comitialité, cette dernière préexistait indubitablement à l'événement accidentel et est la cause de ce dernier. Néanmoins, il semble que dans les suites de la contusion temporale gauche, le nombre de crises partielles complexes ait très significativement augmenté (il n'y en avait en principe plus préalablement à l'accident) nécessitant un traitement lourd cause lui-même d'une altération des performances.

Tout comme lors de l'expertise de décembre 2009, on se trouve donc en face d'un mélange d'éléments post-traumatiques et maladifs. Contrairement à ce que l'on pouvait espérer lors de l'expertise de 2009, les conséquences de l'événement accidentel persistent de façon importante puisqu'il existe non seulement des plaintes qui sont en partie aspécifiques, mais également des plaintes et des déficits neuropsychologiques attribuables aux conséquences propres de l'événement accidentel avec des troubles du langage et des déficits exécutifs et attentionnels. Déterminer la part des éléments post-traumatiques et maladifs dans une telle situation est particulièrement mal aisé. Au vu de

l'intrication des facteurs, il n'est possible que de se prononcer d'une façon un peu médico-théorique. Sur la base de l'ensemble des éléments à notre disposition, je reviens au moins partiellement sur les conclusions préalables. J'estime que, à titre vraisemblablement définitif, les troubles présentés encore actuellement par Mme I.\_\_\_\_\_, les traitements nécessaires et l'incapacité de travail qui en découle doivent être considérés comme à 50 % de nature post-traumatique et 50 % de nature malade. Au vu de l'évolution globalement peu favorable du cas, il faut penser que la situation actuelle perdurera à moyen et long terme. On peut donc considérer la situation comme stabilisée en ce qui concerne les seules conséquences de l'événement accidentel. Pour les éléments précités, il est évident que le *statu quo ante* respectivement *sine* ne sera jamais atteint. En bref, j'admets que Mme I.\_\_\_\_\_ présente actuellement une incapacité de travail de 75 % (taux de présence de 50 % avec une perte de rendement de 50 %) dans l'activité réalisée actuellement qui est une activité clairement inférieure à celle exercée préalablement. A relever que l'activité de Mme I.\_\_\_\_\_ a déjà été adaptée dans le sens d'une activité plus simple et répétitive. Le traitement actuellement en cours est adéquat et il n'y a pas lieu de modifier significativement ce dernier, du moins dans l'immédiat.

S'agissant de la perte à l'intégrité, on peut estimer que les seules conséquences de l'événement accidentel, sans tenir compte des facteurs maladifs associés, représentent une perte à l'intégrité modérée à moyenne, soit une perte à 'intégrité de 35 %.

En conséquence de ce qui précède, je répondrai à votre questionnaire de la façon suivante :  
[...]

4. a) Un traitement pour les suites de l'accident est-il actuellement en cours ? Si non, quand a-t-il pris fin ?

Le traitement actuel dispensé à Mme I.\_\_\_\_\_ comporte traitement anti-épileptique, anti-dépresseur et prise en charge psychologique. Il est évident que l'épilepsie préexistait à l'événement accidentel mais, d'après les éléments à notre disposition, il semble que le traitement anti-comitial introduit après l'événement accidentel du 22.12.2009 l'a été au moins en partie par une aggravation importante des crises partielles complexes, crises qui n'étaient pas présentes préalablement à l'événement accidentel. Compte tenu de l'existence d'une contusion temporale bien documentée, d'un foyer lent à plusieurs des EEG pratiqués après l'événement accidentel, on doit admettre que l'événement accidentel du 22.1.2009 ait pu occasionner, en lui-même une aggravation des phénomènes comitiaux étant donné la lésion temporale surajoutée à la sclérose hippocampique connue préalablement. Dans une telle situation, on doit tout d'abord admettre qu'il est absolument nécessaire de poursuivre le traitement anti-comitial et que la poursuite de ce dernier est pour 50 % en relation avec l'aggravation liée aux conséquences du traumatisme et pour 50 % en relation à la maladie de base.

Il est évident que le traitement en cours doit être poursuivi afin de prévenir une aggravation significative de l'état neurologique de la patiente. On doit également admettre que l'importance du traitement médicamenteux peut jouer un rôle dans les plaintes formulées par la patiente (fatigue et fatigabilité ; sensations vertigineuses ; etc.) et contribuer à la perte de rendement et à l'incapacité de travail présentée par la patiente.

S'agissant du traitement anti-dépresseur, ce dernier préexistait à l'événement accidentel. Néanmoins, l'état dépressif présenté préalablement par Mme

I. \_\_\_\_\_ a vraisemblablement été péjoré par les conséquences du traumatisme. Là encore, on peut estimer que la part des facteurs maladifs et post-traumatiques est respectivement de 50 %.  
[...]

Pour les raisons développées plus haut, il existe effectivement une incapacité de travail persistante. L'activité de gestionnaire de dossiers administratifs n'est plus exigible. Dans l'activité plus simple exercée actuellement par Mme I. \_\_\_\_\_, on retiendra comme exigible un taux de présence de 50 % mais avec une perte de rendement de 50 % de ce 50 %, soit une capacité de travail résiduelle de 25 %. Pour les raisons développées plus haut, j'estime que la part respective des facteurs post-traumatiques et maladifs dans cette incapacité de travail persistante est de 50 %.

Il n'y a pas lieu d'envisager un changement de profession, l'adaptation du poste de travail nécessaire ayant déjà été effectuée et toute modification de l'activité professionnelle de Mme I. \_\_\_\_\_ risquant d'aggraver encore l'incapacité de travail subjective.  
[...]

Globalement, le pronostic est peu favorable et la situation restera au mieux celle qu'elle est actuellement. Si la situation devait objectivement se dégrader, le rôle des facteurs post traumatiques dans cette dégradation devrait être nié. »

**G.** Par décisions des 7 novembre 2011 et 6 février 2012, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2010, soit un montant de 2'025 fr. et 810 fr. par enfant en 2010, 2'060 fr. et 824 fr. par enfant en 2011.

Par décision du 22 novembre 2011, C. \_\_\_\_\_ Assurances SA (succédant à la la Caisse S. \_\_\_\_\_) a constaté une surindemnisation et prié la Caisse de compensation de lui verser la somme de 12'966 fr. 60 représentant le montant versé par C. \_\_\_\_\_ Assurances SA pour la période du 1<sup>er</sup> février 2010 au 28 février 2011.

**H.** Sur mandat de M. \_\_\_\_\_ assurances, assureur des prestations long terme de C. \_\_\_\_\_ Assurances SA, le Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ainsi que Mme X. \_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en psychothérapie FSP, ont rendu un rapport d'expertise le 19 avril 2012, sur la base d'un entretien avec l'assurée, de tests psychométriques et du dossier de l'assureur. Ils ont posé les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'état dépressif majeur récurrent, actuellement sub-clinique et de personnalité avec des traits dépendants (fonctionnement co-dépendant). Ils ont expliqué que

d'un point de vue psychopathologique, l'assurée ne présentait plus de symptomatologie dépressive qui rentrait dans le cadre d'un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère. Pouvait être évoquée tout au plus une légère dysthymie. Concernant le diagnostic de personnalité avec des traits de dépendance, ces médecins ont noté qu'il ne valait pas pour un trouble majeur de la personnalité assimilable à une atteinte à la santé mentale et que ce genre d'inclinaison de la personnalité se retrouvait très communément dans la population normale. A l'heure actuelle, l'expertisée se plaignait d'une certaine fatigabilité, surtout physique. Lors du dernier entretien avec le Dr P.\_\_\_\_\_, elle avait déclaré devoir être secondée dans son activité de femme au foyer de façon importante. Lors du présent examen, elle affirmait assumer elle-même toutes les tâches ménagères. Elle devait certes faire de longues siestes pour récupérer, mais elle était en parallèle en mesure d'effectuer l'activité professionnelle actuelle. En ce sens, l'on pouvait parler d'une évolution favorable. S'agissant du rapport de causalité naturelle entre l'événement du 20 janvier 2009 et les symptômes anxio-dépressifs, il ne paraissait guère probable. En effet, l'expertisée présentait déjà une symptomatologie dépressive en 2007, sur fond d'un conflit de couple, ayant abouti à une séparation en novembre 2011. Cette symptomatologie était en grande partie liée aux problèmes de santé de sa mère en 2008, aboutissant fin 2009 à son décès. De ce point de vue, l'on pouvait admettre que le *statu quo sine* avait été atteint au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2011, date à laquelle l'assurée avait entamé une procédure de divorce et noué une nouvelle relation sentimentale, ce qui témoignait du fait qu'elle avait retrouvé parfaitement ses ressources psychiques. La capacité de travail au niveau psychiatrique était en théorie complète, avec un rendement de 100 %. Les restrictions de cette capacité et du rendement étaient essentiellement en lien avec l'atteinte neurologique et neuropsychologique. Les experts suggéraient impérativement de faire réévaluer la situation par le Dr P.\_\_\_\_\_, assorti d'un nouveau bilan neuropsychologique, vu l'évolution favorable des troubles psychiques depuis son examen médical du 7 février 2011.

I. M.\_\_\_\_\_ assurances a mandaté le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, afin d'effectuer une nouvelle expertise. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a

confié à Mme C.\_\_\_\_\_, psychologue spécialisée en neuropsychologie FSP, le soin de réaliser un bilan neuropsychologique. Cette dernière a vu l'assurée à trois reprises en septembre 2012. Elle a relevé dans son rapport les plaintes spontanées suivantes :

« Fatigue et maux de tête ; douleurs à la nuque ayant augmenté depuis l'automne passé depuis qu'elle a reçu un violent coup sur la nuque de la part de son mari (procédure de divorce en cours).

Difficultés de mémoire à court terme : Madame oublie ce que l'on vient de lui dire, oublie de faire ce qu'on lui a demandé et ne se rappelle pas d'un numéro de téléphone qu'on vient de lui transmettre. Elle a du mal à effectuer deux actions en même temps, si elle est interrompue elle perd le fil de l'action. Néanmoins elle peut cuisiner plusieurs plats avec l'aide de minuterie et si elle n'est pas interrompue. Elle a du mal à garder de l'ordre dans son administration. Elle est encore fatigable au plan physique mais non psychique. Elle se trouve moins rapide, évalue son rendement à 50 % et préfère effectuer des tâches routinières plutôt que des tâches nouvelles qui lui demandent un temps d'apprentissage trop long.

Madame déclare faire de nombreuses crises partielles, elle les aurait déjà subies avant l'accident de 2009 mais ne s'était pas rendue compte qu'il s'agissait de ce type de problème. Elle pensait qu'il s'agissait de chutes de pression. Ces crises ne durent que quelques secondes, se caractérisent par des mouvements rapides des yeux. »

Elle a retenu les conclusions suivantes :

« Les résultats sont excellents pour les fonctions logo-practo-gnosiques.

Le raisonnement est de bonne qualité et correspond au niveau scolaire et professionnel [...].

Les fonctions mnésiques sont dans la norme, voire dans la norme supérieure pour la mémoire immédiate verbale et visuo-spatiale, la mémoire de travail, la mémoire antérograde de rappel libre et de reconnaissance.

La plupart des épreuves testant les fonctions exécutives sont dans la norme, en particulier le rendement à la fluence non verbale dirigée [...].

Il n'y a pas de ralentissement ni de déficit concernant les épreuves papier crayon en temps limité [...].

Seule une des épreuves des fonctions exécutives concernant la gestion autonome traduit une stratégie peu efficace, mais sans ralentissement [...].

On constate aujourd'hui une trop grande variabilité à une des épreuves informatisées de temps de réaction simple (alerte phasique) sans ralentissement significatifs et un ralentissement à l'épreuve d'attention divisée avec de nombreuses erreurs, test réussi en août 2009, janvier 2010, mais échoué en février 2011.

On peut donc conclure à des troubles attentionnels fluctuants au cours de difficultés augmentées avec la fatigue.

Les tâches échouées aujourd'hui ont été réussies à d'autres reprises, excepté celle des 6 éléments. On peut interpréter ce dernier résultat comme lié à des troubles attentionnels dus à la fatigue importante et aux maux de tête dont se plaint Madame pendant l'effort intellectuel. En effet, par ailleurs, toutes les autres épreuves exécutives sont réussies, même la fluence non verbale (5 points).

Cliniquement, Madame évalue sa fatigue et sa fatigabilité comme très importantes, signale des maux de tête accompagnant ponctuellement certaines épreuves en temps limité et des douleurs à la nuque ayant augmenté depuis l'automne passé. »

Dans son rapport, du 31 octobre 2012, le Dr H.\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de status après traumatisme crânio-cérébral, contusion temporale gauche et hémorragie sous-arachnoïdienne le 20 janvier 2009 survenus dans le cadre d'une crise tonico-clonique généralisée ; d'épilepsie partielle avec généralisation secondaire connue depuis l'âge de 17 ans ; d'état dysthymique fluctuant ; d'état de stress secondaire à de nombreuses préoccupations personnelles, familiales et professionnelles ; de céphalées tensionnelles ; d'acouphènes et de trouble de la concentration. Il a relevé notamment que suite à la reprise de l'activité professionnelle, l'assurée avait constaté d'énormes difficultés, une fatigue, des céphalées et des acouphènes. Les évaluations neuropsychologiques confirmaient l'existence d'un ralentissement de ses activités cognitives, quelques difficultés de langages et des signes de la lignée anxio-dépressive. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a constaté que globalement, ces éléments s'amélioraient mais demeuraient fluctuants, modulés par l'état de stress. Actuellement, les examens neurologique et neuropsychologique étaient dans les limites de la normale excepté des troubles attentionnels fluctuants. L'anamnèse détaillée des différents examens neuropsychologiques effectués depuis le traumatisme crânio-cérébral montrait également une importante variabilité des difficultés attentionnelles et exécutives. Les différentes plaintes et constatations semblaient très fortement modulées par le stress, et n'étaient actuellement plus celles rencontrées dans le cadre des suites d'un traumatisme crânio-cérébral. En effet, dans ce contexte, l'on se serait attendu à une symptomatologie neurologique initiale floride s'améliorant avec le temps pour éventuellement se stabiliser dans un second temps. On était dans une situation où il existait une amélioration initiale très nette de l'état de l'assurée, puis un état fluctuant très nettement modulé par un état de stress, de fatigue inhérents à ses préoccupations professionnelles, personnelles et familiales. Il ressortait de cette analyse qu'il n'existait pas de déficit focal pouvant être rattaché de façon certaine aux suites de la

contusion cérébrale. En ce qui concernait l'atrophie hippocampique gauche relevée sur les différentes IRM, le Dr H. \_\_\_\_\_ était d'avis qu'elle pouvait être mise en rapport avec son épilepsie. Toutefois, elle n'avait aucun rapport avec ses troubles neuropsychologiques, compte tenu du fait que l'assurée avait pu acquérir une expérience professionnelle de bon niveau notamment un CFC. L'atrophie n'avait pas d'origine lésionnelle, et n'avait pas été qualifiée d'acquise sur le traumatisme crânio-cérébral. Elle n'avait pas entraîné de troubles mnésiques dans l'enfance ou pendant sa formation scolaire et professionnelle, ce qui permettait de la banaliser. Elle devait donc être détachées des doléances actuelles. Les différentes évaluations neuropsychologiques, y compris celle effectuée dans le cadre de cette expertise, ne démontraient aucun déficit permanent et immuable pouvant être attribué à cette constatation. Le Dr H. \_\_\_\_\_ a estimé qu'en conséquence l'on pouvait conclure à l'absence de séquelle significative inhérente aux suites du traumatisme. La relation de causalité entre les diagnostics retenus et l'événement accidentel était selon lui tout au plus possible (soit 50 % de probabilité qu'ils soient en lien). L'état de santé était stabilisé. Il n'existait actuellement pas d'élément certain à mettre sur le compte de l'accident. La situation personnelle et familiale difficile (maladie et décès de sa mère, dissensions conjugales ayant mené l'assurée à élever seules ses trois enfants, dissensions avec ces derniers du fait de sa relation sentimentale vécue à Bâle), pouvait expliquer une fatigue, une diminution des seuils de sensibilité à la douleur, une labilité émotionnelle et peut-être une diminution de son seuil épiléptogène. Concernant la capacité de travail, le Dr H. \_\_\_\_\_ constatait que l'assurée avait des difficultés à assumer le poste de réceptionniste qu'elle occupait, ce qui n'était pas directement inhérent à l'accident. Il était fort peu probable qu'elle puisse reprendre son ancienne activité professionnelle en raison de ses nombreuses préoccupations personnelles, familiales et sentimentales.

**J. a)** Le 22 janvier 2013, C. \_\_\_\_\_ Assurances SA a rendu une décision retenant que la causalité entre les troubles présentés par l'assurée et l'accident du 20 janvier 2009 était tout au plus possible, ce qui ne suffisait pas à fonder l'intervention de l'assurance-accidents.

L'octroi de prestations pouvait être garanti par C.\_\_\_\_\_ Assurances SA jusqu'au 31 octobre 2012, date du rapport d'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_. Les soins donnés au-delà relevaient pas conséquent de la garantie de l'assurance-maladie de l'assurée.

**b)** L'assurée s'est opposée à cette décision par l'intermédiaire de son mandataire le 21 février 2013, avançant que le lien de causalité entre les troubles actuels et l'accident du 20 janvier 2009 perdurait encore. Les plaintes actuelles étaient très semblables à ce qu'elle indiquait en février 2009. Au motif qu'elle avait connu une régression de ses capacités professionnelles, elle n'avait pas pu réintégrer le poste de travail qu'elle occupait avant l'événement accidentel. En raison de ces troubles, elle avait occupé un poste avec des tâches plus simples et répétitives, pour finalement se résoudre à cesser cette activité en septembre 2012.

L'assurée s'est réservé le droit de compléter son opposition, ce qu'elle n'a pas fait, malgré plusieurs prolongations de délai et une demande de complément expresse de C.\_\_\_\_\_ Assurances SA.

**c)** C.\_\_\_\_\_ Assurances SA a rendu une décision sur opposition le 30 septembre 2013, confirmant la décision entreprise. Elle a considéré pour l'essentiel que l'on se trouvait dans un cas d'accident de peu de gravité. Ainsi, dans l'hypothèse où le lien de causalité naturelle devait être admis, la causalité adéquate n'était quant à elle pas donnée. Elle ne l'était pas non plus si l'on devait admettre un accident à la limite inférieure des accidents de gravité moyenne. Force était de constater selon C.\_\_\_\_\_ Assurances SA que c'était à juste titre qu'elle avait refusé de prendre en charge les troubles de l'assurée à partir du 1<sup>er</sup> novembre 2012, au motif qu'ils n'étaient pas en relation de causalité naturelle et adéquate au moins probable avec l'événement accidentel.

**K.** **a)** Par acte de son mandataire du 31 octobre 2013, I.\_\_\_\_\_ a recouru contre la décision précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de dépens, à son annulation, et, principalement, à la confirmation de son droit à la prise en

charge par C.\_\_\_\_\_ Assurances SA des prestations de soins et des prestations en espèces dès le 1<sup>er</sup> novembre 2012, subsidiairement, au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction et nouvelle décision. La recourante a rappelé les diagnostics posés par le Dr A.\_\_\_\_\_ le 23 février 2009, en relation de causalité avec l'accident. Elle a rappelé ensuite les plaintes relevées par les Drs Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, soit céphalées, vertiges rotatoires, acouphènes, troubles de la mémoire et fatigue importante, ainsi que les propos du Dr P.\_\_\_\_\_ de son rapport du 5 février 2010, soit « la relation de causalité naturelle entre les troubles actuels et l'événement accidentel, les conséquences de l'accident ont certainement joué un rôle prédominant dans sa symptomatologie ». Selon la recourante, la condition de la causalité naturelle était donc remplie en l'espèce. Les acouphènes, soit un trouble d'ordre physique, perduraient encore. A ces troubles d'ordre physique s'ajoutaient des plaintes d'ordre psychiques semblables à ce qu'elle indiquait en février 2009. La recourante s'étant effondrée dans un magasin, chutant de sa hauteur, l'on était selon elle en présence d'un accident de gravité moyenne. Elle souffrait de troubles physiques persistants (acouphènes et vertiges en particulier). Elle avait subi et suivait encore un long traitement médical. Deux critères à tout le moins étaient ainsi remplis pour qu'un lien de causalité adéquate soit admis. La recourante a ensuite repris les arguments de son opposition. Elle a par ailleurs requis l'assistance judiciaire.

**b)** Par réponse du 5 décembre 2013, C.\_\_\_\_\_ Assurances SA a conclu au rejet du recours, sous suite de frais et dépens. L'intimée a relevé notamment que la recourante invoquait des rapports médicaux relativement anciens, remontant à une période durant laquelle C.\_\_\_\_\_ Assurances SA admettait la relation de causalité avec l'accident. C'était à juste titre que l'intimée s'était basée sur les expertises des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ pour rendre sa décision, ces expertises ayant pleine valeur probante. Concernant la problématique des acouphènes, il ressortait de l'expertise du Dr H.\_\_\_\_\_ que ce trouble était fluctuant, plutôt en amélioration, surtout en réponse à la fatigue et au stress. L'on ne pouvait ainsi parler, selon l'intimée, d'acouphène grave. Il ne se justifiait dès lors

pas de le considérer comme lésion organique en relation de causalité naturelle avec l'accident. En l'absence de preuve d'un déficit organique objectivable, il convenait de procéder à l'analyse de la causalité adéquate. L'accident en cause était tout au plus à classer dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite des accidents de faible gravité. Le nombre minimum de critères nécessaires pour l'admission de la causalité adéquate n'était pas atteint.

**c)** Concernant la demande d'assistance judiciaire, après n'avoir obtenu qu'une partie des renseignements complémentaires que la Cour de céans avait demandé à la recourante concernant sa situation financière, le juge instructeur a informé l'intéressée par courrier du 3 mars 2014 de ce que l'assistance judiciaire était refusée à défaut de précisions et explications à satisfaction de droit.

Par écriture du 30 juin 2014, la recourante a produit copies de décisions lui accordant l'assistance judiciaire dans d'autres procédures (mesures protectrices de l'union conjugale, action en contestation de filiation). Il lui apparaissait qu'elle devait pouvoir être mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, sans qu'il soit procédé à de plus amples investigations.

Le juge instructeur a demandé des informations supplémentaires à la recourante sur la situation financière par courrier du 7 juillet 2014, à défaut desquelles l'assistance judiciaire serait refusée.

Par courrier du 20 août 2014, la recourante a renoncé à compléter les informations en possession de la Cour.

**d)** Par réplique du 29 août 2014, la recourante a observé en premier lieu que l'assurance-invalidité ainsi que son institution de prévoyance lui versaient des prestations d'invalidité totales, sur la base d'une atteinte à la santé invalidante, des troubles d'ordre personnel, familial ou professionnel n'entrant pas en considération dans l'estimation de l'invalidité. Restait à déterminer l'origine des atteintes. Pour

l'assurance-invalidité, l'atteinte à la santé de la recourante à l'origine de l'invalidité était un traumatisme crânio-cérébral avec hémorragie sous-arachnoïdienne sur crise d'épilepsie et un état dépressif. Cette assurance se fondait notamment sur une appréciation du CHUV du 13 juillet 2010.

La recourante a produit, entre autres, cette appréciation, rédigée par la Prof. T.\_\_\_\_\_, laquelle expliquait avoir examiné la recourante le 12 juillet 2010. La patiente avait un taux d'activité de 55 %. Basé sur l'évaluation neuropsychologique et l'anamnèse, le rendement devait se situer entre 40 et 60 %, ceci pour une capacité résiduelle de travail de 22 à 33 %. La perte était surtout liée à l'incapacité de gérer un travail indépendant. Une activité plus simple était possible probablement avec un rendement un peu plus élevé (entre 60 et 70 %). Concernant les limitations fonctionnelles résiduelles liées aux troubles neuropsychologiques, la Dresse T.\_\_\_\_\_ renvoyait à son rapport du 19 janvier 2010. Anamnestiquement, elle retenait qu'un travail varié était très difficile pour la patiente.

La recourante a ensuite rappelé que le Dr P.\_\_\_\_\_, dans son rapport du 25 février 2011, avait estimé que la part respective des facteurs post-traumatiques et maladifs dans l'incapacité de travail persistante était de 50 %. La recourante a reproché à l'intimé de s'être fondé sur le seul rapport du Dr H.\_\_\_\_\_ pour nier le rapport de causalité naturelle et adéquate. Elle remettait en outre en doute l'objectivité du rapport du Dr F.\_\_\_\_\_. Par ailleurs, le Dr H.\_\_\_\_\_ ne retenait aucune atteinte à l'intégrité, alors que le Dr P.\_\_\_\_\_ retenait une atteinte de 35 %. Le fait que les deux expertises de ce dernier soient plus anciennes que celle du Dr H.\_\_\_\_\_ ne permettait pas à l'intimé de mettre fin aux prestations, dans la mesure où à l'époque déjà, il n'était plus question d'une amélioration possible et que le Dr H.\_\_\_\_\_ n'indiquait pas qu'il y aurait eu une modification de l'état de santé de la recourante depuis le mois de février 2011. En cas de doute, une expertise devait être mise en œuvre. La recourante a pour le surplus réitéré ses arguments concernant les troubles d'ordre psychique.

**e)** Par duplique du 3 octobre 2014, l'intimée a pour l'essentiel réitéré ses arguments et confirmé sa position.

**f)** La recourante a confirmé ses conclusions par écriture du 27 novembre 2014, ajoutant que l'institution de prévoyance ne lui verserait aucune rente si elle n'y avait pas été affiliée au moment de l'accident litigieux. Concernant la causalité adéquate, à examiner sous l'angle d'un accident de gravité moyenne, quatre des critères permettant de la retenir étaient réunis, soit la gravité et la nature particulière des douleurs physiques persistantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ; la durée du traitement médical et les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes. La recourante a pour le surplus réitéré ses arguments précédents.

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

**1.** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, composées de trois magistrats, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a et 94 al. 4 LPA-VD [loi

cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173. 36).

**2.** Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée du traitement des atteintes à la santé de la recourante au-delà du 31 octobre 2012, au regard du lien de causalité naturelle et adéquate entre ces atteintes et l'accident dont elle a été victime le 20 janvier 2009. En effet, après avoir pris en charge dans un premier temps les suites de l'accident, l'intimée a mis un terme à ses prestations avec effet au 1<sup>er</sup> novembre 2012, au motif que les troubles persistants ne pouvaient être mis en relation de causalité vraisemblable avec l'accident.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1, U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2, 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008 consid. 2.2).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 précité consid. 4). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2, 402 précité consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

**b)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit

prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2, 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75).

Cela veut dire que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3, U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2, RAMA 1994 n° U 206 précité).

**c)** 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 précité consid. 3.1, 126 V 353 consid. 5b, 117 V 359 précité consid. 4a, 117 V 369 consid. 3a).

De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

**4.** En l'espèce, concernant en premier lieu les atteintes physiques dont se plaint la recourante, le Dr P. \_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport du 5 février 2010 les diagnostics d'épilepsie symptomatique sur sclérose hippocampique gauche, status après traumatisme crânio-cérébrale avec plaie du cuir chevelu, hémorragie sous-arachnoïdienne et discrète contusion temporale gauche et très discrets troubles neuropsychologiques séquellaires du traumatisme. Les troubles persistants étaient dus à 50 % à l'événement accidentel et à 50 % à l'état dépressif préexistant. A cette époque, il considérait que l'événement accidentel n'entraînerait pas d'incapacité de travail au-delà d'une période de 2 ans à partir de l'accident. L'intimée a pris en charge l'intégralité des indemnités journalières du 23 janvier 2009 au 31 janvier 2010, et pour moitié à partir du 1<sup>er</sup> février 2010 (en fonction du taux d'activité de la recourante), reconnaissant par là un lien de causalité naturelle entre les troubles physiques présentés par la recourante et l'accident en cause.

Dans son rapport du 25 février 2011, le Dr P. \_\_\_\_\_ a estimé que, contrairement au pronostic qu'il avait précédemment émis, la situation ne s'était pas améliorée. La recourante présentait une incapacité de travail de 75 % (taux de présence de 50 % avec perte de rendement de 50 %). La situation était stabilisée selon lui et les séquelles définitives.

L'intimée a continué de servir ses prestations jusqu'à l'évaluation des atteintes d'ordre physiques par le Dr H. \_\_\_\_\_ et Mme C. \_\_\_\_\_.

L'on relève à ce stade que la valeur probante des rapports du Dr P. \_\_\_\_\_ n'est en aucun cas niée, ces derniers remplissant en effet les conditions de la jurisprudence citées au consid. 3c. Il en va de mêmes des rapports des Drs A. \_\_\_\_\_, Z. \_\_\_\_\_ et de Mme T. \_\_\_\_\_. L'intimée le reconnaît également puisque les atteintes ont été prises en charge sur cette base. C'est ensuite de la nouvelle expertise du Dr H. \_\_\_\_\_ que l'intimée a cessé de servir ses prestations. Le rapport de cet expert - fondé sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques, le dossier médical de la recourante, le relevé de ses plaintes, et correctement motivé - remplit également les conditions de la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante, ce que ne nie pas la recourante. En effet, celle-ci se contente de soulever que le fait que les rapports du Dr P. \_\_\_\_\_ soient plus anciens ne permettait pas à l'intimée de cesser de prester, alors qu'il n'était plus question d'une amélioration possible selon ce médecin et que le Dr H. \_\_\_\_\_ ne rendait pas compte d'une telle amélioration. La recourante ne peut être suivie dans cette argumentation. En effet, le Dr H. \_\_\_\_\_ a relevé que les examens neurologiques et neuropsychologiques étaient dans les limites de la normale excepté la présence de troubles attentionnels fluctuants. Ceci ressort du résultat de ses examens cliniques ainsi que de ceux de Mme C. \_\_\_\_\_, soigneusement consignés dans leur rapport respectif, démontrant ainsi objectivement une amélioration de l'état de santé de la recourante. Quant aux troubles attentionnels, l'expert explique de manière motivée pour quelle raison il ne retient pas un lien de causalité avec l'accident.

Outre les conclusions des Drs P.\_\_\_\_\_, A.\_\_\_\_\_, Z.\_\_\_\_\_ et T.\_\_\_\_\_, qui n'ont en définitive pas été remises en cause par l'intimée comme indiqué ci-dessus, la recourante invoque souffrir en particulier d'acouphènes et de vertiges. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a mentionné les acouphènes et les vertiges parmi d'autres troubles, ne donnant pas d'importance particulière à ceux-ci. Il a même précisé que le traitement médicamenteux pouvait jouer un rôle dans les plaintes formulées notamment concernant les vertiges. Quant à l'acouphène, il n'est pas analysé en soi par le Dr P.\_\_\_\_\_. Le Dr H.\_\_\_\_\_ a relevé de son côté que les plaintes actuelles de l'expertisée se caractérisaient notamment par un acouphène fluctuant, plutôt en amélioration (p. 24 de son rapport). Il ne peut dès lors être donné à cette atteinte une importance telle que la capacité de travail en serait réduite. Cette atteinte, dont l'intensité est selon le Dr H.\_\_\_\_\_ modulée par le stress, doit plutôt, du moins dans l'intensité incapacitante invoquée par la recourante, être considérée comme une atteinte sans substrat organique et dès lors être analysée à la lumière de la jurisprudence applicable aux troubles psychiques.

Ainsi, il doit être retenu que le Dr H.\_\_\_\_\_ a démontré de manière objective une amélioration de l'état de santé de la recourante, les troubles en relation de causalité avec l'accident ayant disparu. L'on relève que si le Dr P.\_\_\_\_\_ a considéré que la situation était stable en février 2011 et les séquelles définitives, cela ne peut évidemment exclure que la situation se soit tout de même améliorée et l'on ne peut écarter sur la base de cette affirmation tout rapport médical postérieur démontrant une issue plus favorable aux troubles présentés par la recourante. Ce même médecin avait dans un premier temps encore admis, dans son rapport du 5 février 2010, que les conséquences de l'accident n'entraîneraient pas d'incapacité de travail au-delà de deux ans. Ses appréciations sont donc sujettes à des modifications selon l'évolution de l'état de santé de la recourante.

Le Dr H.\_\_\_\_\_ a par ailleurs expliqué de manière motivée et convaincante pour quelles raisons il ne retenait pas un lien de causalité

naturelle entre les troubles persistant de la recourante et l'accident en cause.

**5. a)** Sur le plan psychique, le Dr J.\_\_\_\_\_ a retenu dans son rapport du 30 septembre 2009 les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique existant depuis 2008, de trouble de la personnalité, sans précision depuis l'adolescence et de trouble organique de la personnalité probable depuis 2009. Ces diagnostics étaient sans effet sur la capacité de travail. L'anamnèse démontrait une fragilité de la personnalité apparente lors de certaines étapes de la vie. L'on pouvait suspecter une atteinte organique se répercutant aussi au niveau de l'ensemble de la personnalité.

Ainsi, même si l'accident en cause a pu aggraver les troubles psychiques de la recourante, le Dr J.\_\_\_\_\_ a considéré qu'ils n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail, celle-ci dépendant de l'évolution des troubles cognitifs.

Les autres médecins traitants de la recourante, ainsi que le Dr P.\_\_\_\_\_ n'ont pas mentionné de troubles psychiques potentiellement en lien avec l'accident et qui auraient dû faire l'objet d'une investigation.

L'intimée s'est fondée sur le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ pour nier l'existence de troubles psychiques invalidants, ou en tous les cas en nier le lien de causalité adéquate avec l'accident. La recourante se contente de dire qu'elle remet en doute l'objectivité de ce rapport, sans toutefois préciser ses contestations. Elle ne donne elle-même pas de détails sur la nature des troubles psychiques dont elle souffrirait de manière incapacitante, ni ne fournit de rapport médical qui témoignerait de tels troubles et les mettrait en lien de causalité avec l'accident. Le rapport du Dr F.\_\_\_\_\_ remplit manifestement les conditions de la jurisprudence pour se voir accorder pleine valeur probante. En effet, il se fonde sur un examen clinique de la recourante et sur son dossier médical. Il rend compte d'une anamnèse détaillée, ainsi que des plaintes de la recourante. Le Dr F.\_\_\_\_\_ retient en définitive que l'expertisée ne présente plus de

symptomatologie dépressive qui rentrerait dans le cadre d'un état dépressif majeur de gravité moyenne à sévère. Le lien de causalité naturelle entre les symptômes anxio-dépressifs et l'événement accidentel ne paraît guère probable eu égard à la symptomatologie déjà présente en 2007 et le *statu quo sine* a été atteint au plus tard le 1<sup>er</sup> novembre 2011.

En l'absence d'élément susceptible de remettre en doute cette appréciation, il convient de constater que c'est à raison que l'intimée a nié à la recourante le droit à des prestations en lien avec les troubles psychiques persistants.

**b)** Par surabondance, il peut être relevé que quand bien même la causalité naturelle devait être admise, le lien de causalité adéquate doit être nié.

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

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

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

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

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

**bb)** En l'espèce, l'événement accidentel, étant donné la manière dont il s'est déroulé, doit être rangé tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité (cf. TF 8C\_878/2012 du 4 septembre 2013, dans lequel la Haute Cour a qualifié de tel la chute d'une personne sur la glace alors qu'elle patinait). Aussi, les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme ses effets directs ou indirects doivent-elles se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis. En l'espèce, il n'apparaît pas que les quatre critères mentionnés par la recourante soient tous réunis, soit la gravité et la nature particulière des douleurs physiques

persistantes ; le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ; la durée du traitement médical et les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes. En effet, le Dr H.\_\_\_\_\_ exclut la persistance de lésions physiques en lien avec l'accident. Les deux premiers critères cités par la recourante doivent ainsi être écartés. Si la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques et celle du traitement médical peuvent apparaître longues, elles ne paraissent pas anormales et ces critères ne revêtent en tous les cas pas une importance telle que la causalité adéquate puisse être admise sur la base de ces deux seuls critères, les autres, au demeurant non invoqués par la recourante, n'étant à l'évidence par remplis.

**cc)** Le Dr H.\_\_\_\_\_ n'a constaté objectivement que des troubles attentionnels fluctuant. Les autres plaintes de la recourante, soit les céphalées, les vertiges et les acouphènes n'ont pu être objectivés. De tels troubles, en lien avec un traumatisme crânio-cérébral, sont à analyser sous l'angle de la causalité adéquate de la même manière que les troubles psychiques. Les critères permettant de retenir le lien de causalité adéquate, formulés légèrement différemment par la jurisprudence (ATF 134 V 109 consid. 10 ; TF 8C\_305/2011 du 6 mars 2012 consid. 3.3.2 ; cf. également TF 8C\_361/2009 du 3 mars 2010) sont :

- 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).

En l'espèce, ces critères ne sont pas non plus remplis pour les raisons évoquées plus haut et la causalité adéquate entre les troubles non objectivés soulevés par la recourante et l'accident dont elle a été victime doit être niée.

**6.** Au vu de ce qui précède, c'est à juste titre que l'intimée a mis fin à ses prestations au 31 octobre 2012. Il convient d'observer encore que si l'assurance-invalidité et la Caisse de pensions de la recourante ont octroyé une rente d'invalidité à cette dernière, elles n'avaient toutefois pas connaissance des rapports des Drs F.\_\_\_\_\_ et H.\_\_\_\_\_ et ont statué sur la base de l'état de fait existant jusqu'en 2010/2011, tandis que l'intimée a tenu compte de l'évolution notamment en 2011 et 2012. De plus, l'assurance-accidents, qui doit en l'espèce se prononcer sur la question de la causalité entre les atteintes subsistantes et l'accident, et non pas sur l'existence d'atteintes malades, n'est pas liée par les conclusions de l'assurance-invalidité et de la Caisse pensions qui elles doivent prêter indépendamment d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes constatées. La recourante invoque que cette dernière lui verse des prestations du fait que l'origine des troubles dont elle souffre remonte à l'accident de 2009, soit à une période durant laquelle elle était affiliée à ladite Caisse. L'on observe que l'origine accidentelle des troubles ayant motivé tant la Caisse que l'assurance-invalidité à octroyer une rente à la recourante n'est pas niée par l'intimée. Seule l'origine accidentelle des troubles subsistant au-delà du 31 octobre 2012 doit être écartée.

**7. a)** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. L'intimée, agissant comme autorité chargée de tâches de droit public, ne peut se voir allouer de dépens à la charge de la recourante (ATF 127 V 205 et 126 V143).

**8.** Il reste à statuer sur la demande d'assistance judiciaire déposée par la recourante.

L'assistance judiciaire est accordée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (art. 18 al. 1 LPA-VD),

En l'espèce, la recourante a été interpellée et mise en demeure de fournir des renseignements complémentaires sur sa situation financière par courrier du juge instructeur des 3 mars et 7 juillet 2014, l'avertissant qu'à défaut, en l'état du dossier, sa demande d'assistance judiciaire serait rejetée. La recourante n'a pas fourni à la Cour toutes les informations demandées et a renoncé à compléter sa requête par courrier du 20 août 2014. L'indigence de la recourante n'ayant dès lors pas été établie à satisfaction de droit – il est renvoyé pour les détails de cette appréciation aux écritures de la Cour des 3 mars et 7 juillet 2014 (cf. notamment fortune imposable de 153'000 fr. ; avance d'héritage de 200'000 fr. ou 230'000 fr. ; frais de transport inexpliqués ; revenu actuel du conjoint non exposé) –, l'assistance judiciaire ne peut lui être accordée. Il convient enfin d'observer que la Cour de céans n'est pas liée par la décision du Tribunal d'arrondissement octroyant à la recourante l'assistance judiciaire en octobre 2013 dans le cadre d'une procédure de mesures protectrices de l'union conjugale.

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

**I.** Le recours est rejeté.

**II.** La décision sur opposition rendue le 30 septembre 2013 par C.\_\_\_\_\_ Assurances SA est confirmée.

**III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

**IV.** Le bénéfice de l'assistance judiciaire dans la présente procédure est refusé à I.\_\_\_\_\_.

Le président :

La greffière :

**Du**

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

- Me Guy Longchamp, avocat (pour I.\_\_\_\_\_),
- C.\_\_\_\_\_ Assurances 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).

La greffière :