

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 13 décembre 2016

Composition : Mme DI FERRO DEMIERRE, présidente
Mmes Röthenbacher et Pasche, juges
Greffier : M. Grob

Cause pendante entre :

H. _____, à [...], recourante, représentée par Me Cornelia Seeger Tappy,
avocate à Vevey,

et

D. _____ **ASSURANCES SA**, à [...], intimée, représentée par Me Jean-
Michel Duc, avocat à Lausanne.

Art. 24 al. 1 LPGA ; 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. H. _____ (ci-après : l'assurée ou la recoursante), née en 1968, mariée et mère de trois enfants nés en 1986, 1992 et 1995, a travaillé comme femme de chambre auxiliaire pour le compte de S. _____ SA en 2004 et 2005.

Le 30 janvier 2005, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation sur une autoroute en Autriche. Au volant de son minibus, dans lequel se trouvaient trois autres passagers, elle a été percutée par l'arrière par un camion circulant à environ 90 km/h. Il ressort du rapport de la gendarmerie autrichienne ainsi que des déclarations des accidentés et des témoins que la différence de vitesse entre les deux véhicules était d'environ 10 km/h et que suite au choc, le véhicule conduit par l'intéressée a été déporté vers la droite sans faire de tonneaux, où il s'est immobilisé sur un talus à côté de la bande d'arrêt d'urgence. Deux des trois passagers ont subi des blessures légères, le troisième ayant subi des blessures graves et ayant dû être désincarcéré.

L'assurée a été prise en charge médicalement du 30 janvier au 1^{er} février 2005 en Autriche, où une commotion cérébrale et une diplopie d'origine peu claire ont été diagnostiquées. De retour en Suisse, elle a été suivie dès le 2 février 2005 à la consultation de neurologie du Centre hospitalier G. _____. Une fracture non déplacée du condyle occipital droit a été mise en évidence. Quant à la diplopie, elle a été attribuée à une parésie du 4^e nerf crânien gauche.

Début février 2005, l'assurée a annoncé l'accident à S. _____ SA, qui lui a répondu qu'au vu du nombre d'heures travaillées par semaine, elle n'était pas couverte pour les accidents non professionnels et l'a invitée à s'adresser à son assurance-maladie. Ainsi, le 16 février 2005, l'assurée a annoncé l'accident à son assurance-maladie, qui a pris en charge le cas.

Dans un rapport du 2 juin 2005 relatif à une consultation du même jour, le Dr J._____, spécialiste en neurologie, a diagnostiqué chez l'assurée un status après TCC (traumatisme crânio-cérébral) avec fracture du condyle occipital droit. Il a exposé qu'elle présentait un « syndrome post-traumatisme crânien et cervical caractérisé par d'importantes douleurs, des vertiges, une fatigue, des troubles de (sic) sommeil, des troubles subjectifs de la sensibilité ainsi que des troubles persistants de la mémoire et de la concentration ». L'examen des nerfs crâniens était sans particularité, tout comme la sensibilité, la motricité et la coordination. Comme l'évolution était mauvaise, il a proposé de compléter les investigations par une IRM (imagerie par résonance magnétique) cérébrale et cervicale.

Le 17 juin 2005, une IRM cérébrale et cervicale a été pratiquée sur l'assurée. Dans son rapport y relatif du même jour, le Dr [...], spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de lésions d'origine post-traumatique à l'étage cérébral et à la présence d'une discrète discopathie C5-C6, sans hernie discale ni conflit de racines, les autres vertèbres cervicales ayant un signal préservé.

Dans un rapport du 22 juillet 2005 relatif à une consultation du même jour, le Dr P._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que l'examen neurologique des quatre membres était normal sur le plan sensitivomoteur et au niveau des réflexes. Il a exposé que la symptomatologie présentée par l'assurée (cervicalgies, paresthésies diffuses dans les quatre membres prédominant au niveau du bras droit, sensation de fatigue, troubles du sommeil, de la mémoire et de la concentration) n'avait aucun substrat anatomique, celle-ci présentant selon lui un syndrome de stress post-traumatique.

Au vu de la persistance des douleurs et de symptômes anxio-dépressifs (notamment cauchemars avec vision de morts et des scènes d'accident, fréquents pleurs), l'assurée a été adressée par son médecin généraliste à la Dresse W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui a assuré son suivi dès le 7 novembre 2005 et lui a

prescrit des antidépresseurs. Dans un rapport du 21 juin 2006, cette praticienne a indiqué que l'intéressée présentait un état dépressif sévère, un état de stress post-traumatique et un trouble douloureux post-traumatique comme conséquence de l'accident. Elle a rapporté des désirs de mort à l'évocation de l'événement, des troubles graves du sommeil avec des cauchemars répétitifs, une tendance à l'évitement, un repli très sévère, une restriction des affects, une très grande irritabilité et des troubles mnésiques majeurs en rapport avec d'importantes difficultés de concentration.

Une nouvelle IRM cérébrale et cervicale a été réalisée le 11 juillet 2006 au Service de radiodiagnostic et radiologie interventionnelle du Centre hospitalier G._____, l'assurée présentant une paresthésie des 4 membres. Le rapport de cet examen concluait à l'absence d'anomalie cérébrale et en particulier à l'absence de lésion séquellaire post-traumatique, une petite hernie discale C5-C6 paramédiane gauche ayant été constatée.

Le 12 décembre 2007, l'assurée a subi un examen neuropsychologique pratiqué par E._____, spécialiste en neuropsychologie au Service de psychiatrie générale du Centre hospitalier G._____, qui a formulé la conclusion suivante dans son rapport daté du lendemain :

« L'examen de cette patiente présentant des plaintes pouvant s'inscrire, tout au moins partiellement, dans un contexte de type post-traumatique met en évidence des capacités cognitives globalement préservées. Il n'existe notamment pas de fléchissement significatif des aptitudes mnésiques ou exécutives. ».

Saisi d'une demande de prestations de l'assurée, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a fait réaliser une expertise psychiatrique. Dans leur rapport y relatif du 31 mars 2008, les Drs [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et [...], respectivement médecin associée et médecin assistant au Département de psychiatrie du Centre hospitalier G._____, ont posé les diagnostics suivants et apprécié le cas en ces termes :

« 4. DIAGNOSTIC

4.1 Diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail

Diagnostic CIM-10 :

- o Etat de stress post-traumatique (F43.1) suite à un accident de circulation survenu le 31 [recte : 30] janvier 2005.
- o Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F32.2) depuis le printemps 2005.
- o Syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) depuis février 2005.
- o Status post traumatisme cranio-cérébral et cervical.
- o Parésie post-traumatique du IVème nerf crânien gauche.

4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- o Status post-thermo-ablation pour tachycardie ventriculaire du ventricule droit le 23.08.2005.
- o Extrasystolie ventriculaire résiduelle symptomatique.
- o Thyroïdite auto-immune depuis octobre 2005.
- o Anémie chronique d'origine inconnue.

5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

L'expertisée présente un état de stress post-traumatique sévère survenu à la suite de son accident de voiture. Différents critères du diagnostic de l'état de stress post-traumatique définis par la CIM-10 sont réunis chez l'expertisée. Elle présente une amnésie circonstancielle partielle et des réviviscences avec un sentiment de détresse lorsqu'elle est exposée à des situations évoquant des souvenirs d'accident ou étant associées à ces derniers. Mme H._____ revoit les lumières de phares et entend le bruit de l'accident dans ces situations qu'elle évite et qui sont accompagnées d'une forte anxiété avec des symptômes neurovégétatifs. On note une hypersensibilité psychique qui amène à l'évitement de sa famille et d'autres contacts sociaux et une hypervigilance avec des troubles du sommeil et de la concentration, une irritabilité et une forte anxiété.

L'accident de janvier 2005 a provoqué une rupture de son équilibre psychique et physique avec apparition d'un état dépressif sévère surajouté à l'état de stress post-traumatique. Sur le plan physique, mise à part la persistance de la symptomatologie douloureuse, l'expertisé[e] rencontre également de nombreux problèmes, à savoir une tachycardie ventriculaire, une thyroïdite et une anémie.

La dépression se manifeste par une tristesse et des pleurs, une anhédonie, un apragmatisme, une diminution de l'estime de soi, des sentiments de culpabilité, une irritabilité, des troubles du sommeil, un ralentissement psychomoteur et des idées suicidaires élaborées. A nouveau les critères de la CIM-10 sont réunis et confirmés par l'échelle de dépression de Montgomery et Asberg (MADRS) sur laquelle Mme H._____ obtient un score de 33 points alors que le score limite pour une dépression est de 15 points (les scores de 0 à 15 déterminants l'absence de dépression). Les tests

neuropsychologiques effectués le 12.12.2007 démontrent des capacités cognitives globalement préservées. Ainsi les capacités mnésiques ou attentionnelles sont dans les normes. On peut subodorer qu'en situation de stress ou lors de reviviscences, les capacités cognitives peuvent être altérées par l'anxiété.

Le suivi régulier par la Dresse W._____ associé à un traitement antidépresseur n'a pas permis d'améliorer significativement l'état de la patiente hormis une diminution de l'intensité des idées suicidaires. Etant donné la sévérité de la symptomatologie psychiatrique avec persistance d'un état de stress post-traumatique compliqué par une importante symptomatologie anxiodépressive et l'absence d'une nette amélioration de l'état de santé suite à une prise en charge psychiatrique adéquate, nous pensons que le pronostic quant à la reprise d'une activité professionnelle est très réservé. ».

Une expertise neurologique et psychiatrique de l'assurée a été réalisée le 12 décembre 2008 par le Dr L._____, spécialiste en psychiatrie et en neurologie en Autriche, en présence d'un interprète. Dans son rapport y relatif du 9 janvier 2009, ce praticien a nié toute relation de causalité entre l'accident et les plaintes de l'intéressée après les 9 premiers mois post-traumatiques.

Par décision du 17 mars 2009, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} janvier 2006, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.

Dans un rapport du 23 février 2010, la Dresse T._____, spécialiste en anesthésiologie qui suivait l'assurée depuis le mois d'avril 2009 en raison de problèmes douloureux chroniques ayant nécessité divers traitements (physiothérapie, médicaments, infiltrations), a exposé ce qui suit :

« Mme H._____ a fait des progrès assez significatifs, en effet, après avoir suivi avec assiduité des séances de physiothérapie, elle a réussi à améliorer la mobilité de sa nuque, à se débarrasser de sa minerve. Parallèlement du point de vue des douleurs, parmi les différentes mesures entreprises, nous avons finalement décidé d'entreprendre un bloc du nerf occipital, bloc qui a eu lieu le 18 janvier, ce test a eu un bon effet thérapeutique avec une diminution des douleurs et une disparition des flashes qu'elle décrivait à la base du crâne et dans la nuque. Les douleurs sont toujours présentes mais moins importantes, avec également une disparition du trigger point qui existait au préalable.

Comme autres mesures, on pourrait envisager compte tenu de la diminution de la mobilité de sa nuque, de son arthrose, une péridurale cervicale.

J'ai expliqué cette procédure à Mme H._____, elle aura lieu après une prémédication de Dormicum intraveineux, avec injection de Triamcinolone dépôt et Bupivacaïne.

D'un point de vue général, l'entourage de Mme H._____ ainsi que son mari trouve qu'elle est plus ouverte, moins sombre et moins renfermée sur elle-même ce qui fait plaisir à la patiente.

J'ai bon espoir que nous arrivions à améliorer encore la situation. ».

Les 18 novembre et 1^{er} décembre 2010, une expertise pluridisciplinaire neurologique et psychiatrique de l'assurée a été effectuée au centre d'expertise médicale K._____ SA, à [...], dans le cadre d'un litige opposant l'intéressée à Y._____ SA - assureur en responsabilité civile du véhicule qu'elle conduisait lors de l'accident. Dans leur rapport y relatif du 11 mars 2011, les Drs C._____, spécialiste en neurologie, B._____, spécialiste en médecine interne générale, et V._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'ont retenu aucun diagnostic affectant la capacité de travail de l'assurée. Ils ont en revanche posé les diagnostics non incapacitants de status après thermoablation d'un foyer de tachycardie ventriculaire de la chambre de classe du ventricule droit le 23 août 2005, d'hypothyroïdie substituée en 2004, de status après accident de la voie publique le 30 janvier 2005 ayant entraîné vraisemblablement un TCC mineur, une atteinte du 4^e nerf crânien gauche et une fracture non déplacée du condyle occipital droit, de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif modéré, sans syndrome somatique. Ils ont formulé les conclusions suivantes :

« Situation actuelle et conclusions :

Sur le plan de la médecine interne, l'assurée présente des douleurs de l'hémicorps droit avec paresthésies, des douleurs occipitales droites avec hémicrâniées. Il existe également des plaintes douloureuses thoraciques gauches avec points douloureux sans substrat organique mis en évidence. Les douleurs annoncées à la cage thoracique ne reçoivent pas d'explication. Une origine cardiaque est exclue. Les examens radiologiques mis à disposition sont dans la norme. L'hypothyroïdie est parfaitement compensée.

L'examen clinique est parfaitement rassurant et ne permet pas d'identifier d'anomalie. Il n'y a pas d'argument en faveur d'une affection rhumatismale évolutive. Il n'y a pas non plus d'argument en faveur d'une fibromyalgie.

Les limitations fonctionnelles annoncées tant à la mobilisation du rachis cervical que de l'épaule droite paraissent sans substrat organique. Elles sont d'ailleurs de présentation clinique inconstante et non reproductible s'effaçant partiellement aux manœuvres de distraction.

Ainsi, du point de vue somatique il n'est pas relevé d'affection susceptible d'expliquer les limitations fonctionnelles présentées par l'assurée.

Sur le plan neurologique, Madame H. _____ se plaint donc, comme mentionné ci-dessus, de douleurs hémicorporelles droites à point de départ cervical avec irradiations hémicrâniennes droites, le long du membre supérieur droit, le long du tronc droit et du membre inférieur droit. Les douleurs précitées n'ont pas de caractère radiculaire. En outre, Madame H. _____ se plaint de paresthésies diffuses intéressant l'hémicrâne et l'hémicorps droits, ainsi que d'une impression de manque de force global des membres supérieur et inférieur droits avec même des sensations de gonflement de ces derniers. Les lombosciatalgies ont par contre totalement régressé. La diplopie persiste lorsque la patiente ne porte pas de lunettes.

A l'examen neurologique, on est tout d'abord frappé par une limitation immédiate, par une réaction antalgique apparemment majeure lors de toute tentative de mobilisation, du rachis cervico-dorso-lombaire, limitation contrastant avec l'absence de contractures significatives des muscles paravertébraux.

Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées.

L'examen des paires crâniennes n'objective pas de troubles significatifs de l'oculomotricité mais l'assurée signale une diplopie dans le regard de face et vers la droite. Par ailleurs, on note une hypoesthésie tactile et douloureuse faciale et héli-crânienne droite. La motricité faciale est par contre bien préservée.

A l'examen du tronc et des membres, on observe des phénomènes de lâchages étagés, ainsi qu'une hypoesthésie tactile et douloureuse globale intéressant le membre supérieur, l'hémitrunc et le membre inférieur droits, ceci contrastant avec une bonne préservation des épreuves des bras tendus et des jambes fléchies, de la trophicité musculaire, ainsi que des réflexes tendineux et cutanés.

En bref, un tableau clinique dominé par des douleurs et des troubles sensitivomoteurs sans substrat somatique objectivable. Il est également extrêmement difficile d'objectiver la diplopie dont se plaint la (sic) Madame H. _____ puisque l'examen clinique ne met actuellement pas en évidence de troubles objectifs de l'oculomotricité.

Nous avons revu l'ensemble des documents radiologiques à disposition. En bref, les CT-scan cranio-cervicaux pratiqués en début

d'évolution, mettent en évidence une fracture non déplacée du condyle occipital droit sans autre lésion neurologique significative. Les IRM pratiquées ultérieurement révèlent quelques altérations dégénératives disco-vertébrales cervicales et l'IRM lombaire effectuée le 08.09.08, démontre effectivement la présence d'une hernie discale L5-S1 paramédiane droite comprimant la racine S1 droite.

Sur la base des éléments susmentionnés, le tableau douloureux chronique hémicorporel droit, ainsi que les troubles sensitivomoteurs hémicorporels droits dont se plaint Madame H._____, ne trouvent pas d'explication somatique tant post-traumatique, que malade.

Subjectivement et objectivement, les lombosciatalgies présentes en 2008 ont connu une évolution favorable avec actuellement aucun symptôme ni signe d'atteinte radiculaire. S'agissant de la diplopie, attribuée initialement à une atteinte du IV^{ème} nerf crânien gauche, il semble que celle-ci soit bien corrigée par la prescription de lunettes et il n'est pas possible de déterminer si persiste effectivement une atteinte significative compte tenu de l'absence de troubles de l'oculomotricité objectivables à l'examen clinique. De toute façon si une atteinte persiste, elle est très certainement mineure sur la base des éléments à notre disposition.

Globalement, cette Madame H._____ a vraisemblablement présenté initialement une atteinte somatique post-traumatique avec des plaintes liées notamment à la fracture du condyle occipital droit et une diplopie liée à l'atteinte du IV^{ème} nerf gauche mais, alors que l'évolution est objectivement favorable, avec dans le cours ordinaire des choses disparition progressive des plaintes, l'évolution s'est faite subjectivement vers l'installation d'un hémisyndrome douloureux droit sans substrat somatique objectivable.

Sur le plan thérapeutique, il n'y a bien entendu pas d'indication à des mesures thérapeutiques en l'absence d'un substrat somatique aux plaintes et aux troubles constatés.

Sur le plan de la capacité de travail, en dehors d'une période de quelques mois faisant suite à l'événement accidentel, il n'y a pas à reconnaître d'incapacité de travail significative à Madame H._____ en tant que conséquence de l'accident de circulation du 31.01.2005.

Sur le plan psychique, Madame H._____ rapporte principalement des douleurs, des problèmes oculaires, des vertiges, de la nervosité et des troubles de la mémoire. Il y a un ralentissement psychique. Elle est anxieuse. Elle peut toutefois reprendre la conduite, mais elle ne se sent pas toujours très à l'aise. Elle a surtout des craintes lorsqu'il y a un camion qui se trouve derrière elle, craignant alors un accident. Toutefois il n'y a pas de réviviscence ni de réminiscence. Elle a fait des cauchemars, mais cela ne mettait pas précisément en évidence de scènes de l'accident dont elle ne conserve d'ailleurs pas de souvenir.

Madame H._____ reste assez émotive. Elle est extrêmement touchée et sensible aux remarques. Elle est constamment fatiguée. La capacité à éprouver du plaisir est fortement réduite.

Progressivement, elle décrit une diminution et une perte de relations sociales. Elle rapporte également que quelques temps après son accident, alors qu'elle allait mieux, elle s'est rendu[e] compte que chacun des autres membres de la famille semblaient (sic) avoir repris une certaine autonomie. Cela concerne notamment son mari qu'elle soupçonne d'adultère.

A l'examen clinique il y a des comportements algiques, mais d'attitude démonstrative. Il y a un fort rétrécissement du champ de la pensée sur les douleurs. Les capacités d'élaboration psychique sont assez faibles. Elle présente une tristesse. Il y a une certaine labilité émotionnelle. A d'autres moments il y a une attitude extrêmement passive-agressive, elle s'exprime longuement avec les yeux fermés. Elle s'exprime aussi beaucoup spontanément. Il n'y a pas de ralentissement psychique à ce moment-là et on n'observe pas non plus de manque d'énergie.

Le monitoring thérapeutique montre des taux supra-thérapeutiques pour la duloxétine et non détectable pour le paracétamol.

Sur la base de ces éléments, nous retenons principalement un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4). Il y a un rétrécissement du champ de la pensée selon les douleurs. Il y a des comportements algiques

A l'examen somatique, des discordances entre les plaintes et l'examen clinique sont rapportées dans la présente évaluation. Le Dr C. _____ mentionne *une évolution qui s'est faite subjectivement vers l'installation d'un hémisynonyme douloureux droit sans substrat somatique objectivable*. L'examen clinique est aussi marqué par des comportements limitatifs.

A notre avis, ce trouble est assez caractéristique chez cette expertisée, il survient dans un contexte de conflits intrapsychiques et interpersonnels en lien avec une difficulté à faire face à l'autonomisation de ses enfants. Cela survient également dans un contexte d'insatisfaction professionnelle. Elle a très peu travaillé, en Suisse de 2000 à 2001, puis dès le début de l'année 2005. Elle décrit une insatisfaction dans le travail d'hôtellerie alors qu'elle avait voulu entreprendre des études dans le domaine économique. Le trouble est aussi maintenu par les difficultés conjugales.

Le diagnostic différentiel se pose avec une majoration des symptômes physiques pour des raisons psychologiques. Les comportements d'amplification décrits parlent en faveur de cette affection. Il est très difficile de faire un diagnostic différentiel et d'apprécier dans quelle mesure ces comportements sont conscients ou non. Nous retiendrons donc au diagnostic d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (F45.4) caractérisé par des phénomènes d'amplification.

Un diagnostic du syndrome de stress post-traumatique (F43.1) a été retenu par la Dresse W. _____ notamment. L'assurée ne conservant aucun souvenir de l'accident, il n'est pas possible de retenir ce diagnostic. Pour la même raison, Madame H. _____ ne présente pas de réminiscences, ni de réviviscences. Les cauchemars ne mettent pas en scène l'accident dont elle a été victime. Par

ailleurs, l'événement ne correspond [pas] aux exigences de la CIM-10 qui dit que *ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus.*

Même si la divergence devait persister, on note que l'assurée a pu reprendre la conduite. Elle conserve une certaine appréhension lorsqu'elle conduit, adoptant des attitudes d'évitement comme le fait de se mettre au bord de la route pour laisser passer un poids lourd. N'ayant pas examiné Madame H. _____ précocement, nous considérons que si elle avait vraiment présenté un syndrome de stress post-traumatique, cela n'est plus le cas actuellement, il n'y a pas la symptomatologie caractéristique.

Madame H. _____ présente un état dépressif, l'épisode est moyen avec syndrome somatique (F32.11). On n'observe pas de ralentissement psychique. L'état de tension psychique peut être un facteur confondant dans cette appréciation. En revanche on observe bel et bien une tristesse.

On note aussi qu'il y a des conséquences des diverses affections psychiatriques, Madame H. _____ se montre irritable et progressivement s'isole. Elle a également moins de relations avec son entourage proche, mais celui-ci s'est aussi éloigné.

Le syndrome douloureux somatoforme et l'épisode dépressif ne sont pas en lien de causalité avec l'accident, surtout près de six ans après un accident dont d'une part Madame H. _____ ne se souvient pas et qui d'autre part n'est pas *exceptionnellement menaçant ou catastrophique* comme l'exige la CIM-10.

Il y a d'autres éléments intercurrents, notamment la difficulté à accepter l'autonomisation des enfants, les conflits de couple et l'insatisfaction sur le plan professionnel. Concernant l'autonomisation de ses enfants, Madame H. _____ décrit que dans un premier temps elle se portait un peu mieux suite à l'accident, puis, ayant constaté ce processus d'autonomisation, son état psychique s'est péjoré. Cet élément parle en faveur de l'importance des événements intercurrents dans la symptomatologie actuelle. ».

Ces experts ont par ailleurs répondu comme suit aux questions qui leur ont été posées :

« 1.3. *Constatations objectives ? Les troubles subjectifs peuvent-ils être*
objectivés ?

Sur le plan de la médecine interne, les troubles subjectifs à type de douleurs de la cage thoracique ne peuvent pas être objectivés, ni d'ailleurs les limitations à la mobilité de l'épaule droite.

Sur le plan neurologique, les troubles subjectifs ne peuvent pas être objectivés, tant à l'examen clinique que sur la base des examens complémentaires pratiqués préalablement.

Sur le plan psychique, cf. discussion.

1.4. *Existe-t-il des tendances objectives, conscientes ou inconscientes, à*
aggraver ou à simuler des troubles ? Si oui, lesquelles ?

Sur le plan de la médecine interne, les limitations fonctionnelles de l'épaule droite et du rachis cervical ne sont pas reproductibles et paraissent s'effacer lors des tests de distractions.

Sur le plan neurologique, les plaintes et les troubles constatés ne trouvent pas d'explication somatique. Il faut donc penser qu'il existe effectivement une tendance à la persistance des troubles évoquant un syndrome douloureux diffus hémicorporel droit sans substrat somatique.

Sur le plan psychique, il existe ces tendances, mais il n'est pas possible de faire la part entre les composantes conscientes et inconscientes aux phénomènes d'amplification.

1.5. *Les troubles peuvent-ils, avec une vraisemblance prépondérante, être attribués à un substrat organique objectivable, à un dysfonctionnement organique démontrable ou à un autre trouble organique démontrable ?*

Non.

(...)

2. Causalité au sens de l'article H 6.3 des conditions générales

2.1. *L'atteinte à la santé déclarée est-elle, avec une vraisemblance prépondérante, une conséquence de l'accident du 30.01.2005 ?*

Non.

2.2. *Facteurs étrangers à l'accident :*

- Hypothyroïdie substituée.
- Tachycardie ventriculaire de la chambre de chasse du ventricule droit.
- Lombosciatalgies anamnestiques sur hernie discale L5-S1 droite.
- Autonomisation des enfants.
- Conflits conjugaux.
- Insatisfaction professionnelle.

2.2.1. *Quel était l'état de santé de la personne assurée au moment de l'accident (état préexistant) ?*

L'arythmie ventriculaire est préexistante à l'accident et sans relation avec celui-ci, de même que l'hypothyroïdie.

Il n'y avait apparemment pas d'autres troubles.

2.2.2 *En cas d'état préexistant, celui-ci faisait-il l'objet d'un traitement et/ou d'une thérapie ?*

L'affection cardiologique et thyroïdienne faisait déjà, avant l'accident l'objet d'une thérapie.

2.2.3. *L'état préexistant a-t-il provoqué une invalidité ?*

Non.

2.2.4. *Quelle est l'influence des facteurs étrangers à l'accident sur le traitement lié à l'accident et sur une éventuelle invalidité liée à l'accident, et quelle est la proportion de cette influence ?*

Les affections cardiaque et thyroïdienne sont sans incidence sur les suites de l'accident.

La difficulté à accepter l'autonomisation de ses enfants, les conflits de couple et les insatisfactions sur le plan professionnel ont joué un rôle. Cf. discussion.

(...)

Questions complémentaires

(...)

2. Causalité au sens de l'art. H3, H4 et H6 des conditions générales

2.3 *Énoncé des atteintes à la santé de Mme H. _____ constatées après l'accident de circulation du 30 janvier 2005.*

Cf. questionnaire précédent et discussion.

Madame H. _____ a présenté dans les suites de l'événement accidentel du 30.01.2005 une commotion cérébrale suivie d'un syndrome post-commotionnel, une probable atteinte du IV^{ème} NC [nerf crânien] gauche et une fracture non déplacée du condyle occipital droit.

Les atteintes à la santé constatées peu après l'accident ne sont cependant pas pour la plupart en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident.

L'affection cardiaque (arythmie ventriculaire et thyroïdienne sont avec certitude sans relation avec l'accident puisque préexistantes), il en est aussi de même pour l'ablation du foyer de tachycardie ventriculaire de la chambre de chasse du ventricule droit (août 2005).

Si on tient compte du délai entre l'accident et la sciatalgie, d'ailleurs d'évolution favorable en quelques mois en 2008, de

l'intervalle libre sans symptôme entre l'accident et la sciatique, il apparaît ainsi invraisemblable que l'accident ait pu être à l'origine d'une hernie discale lombaire, affection manifestement d'origine dégénérative.

Le trouble somatoforme et le trouble de l'humeur sont en relation avec des facteurs psychosociaux indépendants de l'accident.

- 2.4 *Parmi les atteintes dont la présence a été constatée après le 30 janvier 2005, y en a-t-il qui - sans être préexistantes - seraient survenu[e]s même sans l'accident ?*

La hernie discale L5-S1 survenue en octobre 2008.

Le trouble somatoforme et l'épisode dépressif :

- 2.5 *Si oui, quelles sont les atteintes qui auraient existé même en l'absence d'accident ? (Merci de motiver la réponse et de préciser le degré de vraisemblance).*

La réponse est la même que sous 2.3 et 2.4. Cf. discussion.

- 2.6 *Les troubles psychiques de Mme H. _____ auraient-ils existé sans l'accident (H 6.4) ?*

Un épisode dépressif aurait pu survenir vu les événements de vie auxquels Madame H. _____ a été confrontée.

Le trouble somatoforme a une origine psychosociale sans relation avec l'accident et aurait pu survenir n'importe quand.

- 2.7 *Dans quelle mesure, selon votre expérience et vos connaissances médicales, l'évolution de la santé de Mme H. _____ est-elle ou non surprenante, compte tenu de l'accident subi ?*

L'évolution diffère totalement de celle attendue suite à ce type de traumatisme qui, dans le cours ordinaire des choses, aurait dû connaître une évolution tout à fait favorable avec disparition de toute plainte et de toute atteinte. ».

Par courrier du 25 août 2011, le conseil de l'assurée a notamment fait savoir ce qui suit à S. _____ SA :

« Par la présente, je vous informe que je suis consultée par Mme H. _____, qui a été employée en qualité de femme de ménage dans votre hôtel en 2004 et 2005.

Le 30 janvier 2005, elle a eu un accident de la circulation routière, non professionnel, qu'elle a annoncé à votre entreprise ; on lui a cependant répondu que s'agissant d'un accident non professionnel, et que compte tenu du fait qu'elle travaillait en moyenne moins de 8

heures par semaine, elle devait s'adresser à son assurance-maladie pour la prise en charge des frais médicaux.

Ma cliente me transmet cependant trois fiches de salaire, pour les mois de novembre et décembre 2004, ainsi que janvier 2005, dont il résulte qu'elle a travaillé 85 heures en novembre, donc quelques 20 heures par semaine, 46, 5 heures en décembre 2004, donc plus de 10 heures par semaine, et 33 heures en janvier 2005, ce qui fait environ 8 heures par semaine compte tenu des jours fériés de début d'année.

Il me semble dès lors que la couverture pour accident non professionnel était donnée.

Je vous invite donc à aviser immédiatement votre assureur LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]. ».

Le même jour, l'assurée, par son conseil, a soumis le rapport d'expertise du centre K._____ SA du 11 mars 2011 au Dr I._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. Ce praticien a rédigé un document non daté en ces termes :

« Dans le dernier paragraphe il est noté : « ...éléments intercurrents sur lesquels nous avons insistés... ».

L'appréciation d'éléments intercurrents, avec exclusion des éléments initiaux post-traumatiques, s'apparente à une manipulation de l'expertise.

Il est par ailleurs démontré que la transcription des éléments initiaux a été curieusement transformée.

J'ai repris les diagnostics tels qu'ils sont décrits dans la CIM 10 et je constate que le descriptif correspond à celui de l'expertise psychiatrique faite au Centre hospitalier G._____.

La pondération maximale d'éléments survenus après l'accident, résultant en bonne partie des conséquences de l'accident et des modifications de la vie de Mme H._____, associé[e] à la négation des événements générés par l'accident, ne paraît pas adéquat.

Je n'attendais pas du K._____ SA une reconnaissance d'inadéquation mais une telle persévération me surprend tout de même. ».

Le 9 septembre 2011, S._____ SA a annoncé l'accident du 30 janvier 2005 à D._____ Assurances SA (ci-après : D._____ Assurances SA ou l'intimée).

Dans un rapport du 13 décembre 2011 au Dr I._____, le Dr A._____, spécialiste en ophtalmologie, a exposé ce qui suit :

« Madame H._____ présente donc une parésie du IV gauche post-traumatique qui semble être toujours symptomatique. Vous vous posez la question de la localisation de la lésion, étant donné que le nerf IV est un nerf « croisé ».

Le nerf IV est un nerf extrêmement fin et long, et il est très fréquemment lésé lors de traumatisme suffisamment important, avec ou sans fracture associée. L'immense majorité du temps, il s'agit d'une atteinte périphérique du nerf IV, après son émergence du mésencéphale. Des lésions nucléaires du IV (parésie du IV gauche mais sans lésions mésencéphaliques dorsales droites) sont exceptionnelles, et sont, pratiquement toujours, associées à d'autres atteintes neuro-ophtalmologiques (syndrome de Horner notamment). L'évolution d'une parésie post-traumatique du IV est variable, une absence de récupération n'est de loin pas exceptionnelle, et ne signifie pas une étiologie particulière.

Vous me faites parvenir les CT [scanographies] de cette patiente ainsi qu'un article de P. A. Anderson relatif à la prise en charge des fractures du condyle occipital. Je n'ai pas trouvé dans cet article de description de paralysie du IV, ni de lien entre ce type de fracture et une telle parésie. De nouveau, il ne serait pas surprenant que ces patients présentent une parésie du IV, au vu de l'importance du choc nécessaire pour prouver de telles fractures. Je ne puis donc vous être d'aucun secours quant à la prise en charge orthopédique de telles fractures. ».

Dans un rapport du 23 décembre 2011 au Dr I._____, le Dr Z._____, spécialiste en neurologie, a apprécié le cas de l'assurée en ces termes :

« A près de 7 ans d'un traumatisme cervical majeur ayant entraîné une fracture du condyle occipital droit Mme H._____ conserve la plainte de douleurs cervicales invalidantes, avec en particulier la notion d'une irradiation occipito-temporale droite.

L'examen clinique est aujourd'hui essentiellement caractérisé par un syndrome cervical avec nette réduction de la mobilité active de la nuque; au deuxième plan on note de nombreux signes d'allure fonctionnelle (bradycinésie très importante à certains moments de l'examen, longue latence de réponse, induction d'une grande fatigue subjective par des mouvements simples comme le fait de bouger les yeux dans le plan vertical sur commande, etc).

Sur le plan des paires crâniennes je note la persistance de la plainte d'une diplopie dans le regard latéral et inférieur droit, qui correspond au diagnostic de parésie du IV gauche posé en ophtalmologie.

L'observation de discrètes (et rares) myokimies du m. [membre] périorbitaire droit ne suffit pas à retenir le diagnostic d'un hémispasme facial, qu'on peut parfois observer à la suite d'un traumatisme du nerf facial. Au troisième plan je relève finalement de très discrets signes pyramidaux (diffusion des ROT [réflexes ostéo-tendineux] aux membres supérieurs et inférieurs) qui peuvent éventuellement parler en faveur de séquelles d'une contusion médullaire; cette discrète anomalie n'a cependant aucune répercussion clinique à mon avis et sur l'examen d'IRM cérébrale du 11.7.2006 on ne note pas de signe d'une contusion médullaire.

En conclusion comme relevé par les ophtalmologues consultés, la seule séquelle directement neurologique de ce traumatisme est caractérisée par une parésie du IV gauche qui a été pris[e] en charge par la confection de prismes. L'examen neurologique ne révèle aucune autre anomalie significative, en particulier pas de signes d'atteinte d'une autre paire crânienne (XII, IX, VII); par ailleurs les canaux osseux contenant les nn. XII (canalis hypoglossi) ainsi que IX, X et XI (foramen jugulate) sont situés à distance de la lésion du condyle occipital droit.

En conclusion, de mon point de vue, la fracture du condyle occipital droit témoigne essentiellement de la violence du traumatisme cervical; compte tenu de la localisation intra-articulaire de la lésion il est possible qu'un autre élément d'arthrose post-traumatique participe à la genèse de la douleur occipito-temporale droite. Comme tu le sais la chronification d'un tableau douloureux post-traumatique cervical ou cérébral dépend souvent plus de facteurs intrapsychiques et pré-existants que de la nature exacte du traumatisme, ce qui devrait également être le cas chez cette patiente présentant de nombreux signes d'allure fonctionnelle. ».

Le 20 juin 2012, D. _____ Assurances SA a signifié ce qui suit au conseil de l'assurée :

« Voici notre détermination.

Le 30 janvier 2005, Madame H. _____ a été victime d'un accident de la circulation en Autriche. Elle travaillait alors auprès du S. _____ SA en qualité femme de chambre.

Le 16 février 2005, Madame H. _____ a annoncé son accident à sa caisse-maladie qui a accepté la prise en charge du cas.

Le 9 septembre 2011, S. _____ SA nous a informés de cet événement suite à un courrier que vous leur aviez adressé le 25 août 2011.

S'agissant de la question de la couverture d'assurance LAA, le calcul des heures effectuées durant les derniers mois qui précèdent l'accident montre que Mme H. _____ travaillait plus de 8 heures par semaine. La couverture LAA pour les accidents professionnels et non-professionnels est donc acquise.

L'annonce du cas à D._____ Assurances SA a été faite le 9 septembre 2011 alors que l'accident est survenu le 30 janvier 2005 soit plus de 6 ans après sa survenance.

Selon la jurisprudence, en principe, la demande adressée à un assureur social sauvegarde le droit aux prestations de celui qui la présente et comprend toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. L'article 24, alinéa 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1] limite cependant le droit aux prestations arriérées aux cinq ans qui précèdent le dépôt de la demande.

La jurisprudence précise que, même si l'administration a omis fautivement de donner suite à une demande initiale de prestations, qui était bien fondée, le paiement des prestations arriérées est soumis au délai de péremption absolu de cinq ans. Ce délai de péremption est donc applicable dans le cas présent.

L'expertise médicale du 9 janvier 2009 du Docteur L._____ nie toute relation de causalité naturelle passée (sic) les 9 premiers mois post-traumatiques. La période du 30 janvier 2005 au 31 octobre 2005 (neuf mois) est antérieure au délai de 5 ans précité. Aucune prestation ne pourra donc être admise durant cette période.

Enfin, même si l'on devait admettre une causalité naturelle entre les troubles psychiques présents encore actuellement et l'accident, encore faudrait-il qu'il existe une causalité adéquate.

Il s'agit de troubles psychiques sur un accident avec TCC et fracture du condyle occipital droit, ainsi que le tableau clinique typique des accidents de type « coup du lapin » (cf. rapport du Dr J._____ du 2 juin 2005) sans lésion objectivable (rapport du Centre hospitalier G._____ du 11 juillet 2006).

Vu l'évolution somatique rapidement favorable, les troubles étrangers à l'accident et un examen neuropsychologique dans la norme (cf. rapport E._____ du 13 décembre 2007), nous devons nier la causalité adéquate.

En conclusion, nous devons nier tout droit aux prestations pour les suites de cet accident du 30 janvier 2005. ».

Par courrier du 22 juin 2012, l'assurée, par son conseil, a demandé à D._____ Assurances SA de revoir sa position et a produit à cette fin un rapport du 2 avril 2012 du Dr I._____, relevant que ce médecin avait mis en évidence une fracture du clivus, ce qui démontrait que l'importance de la lésion traumatique orthopédique n'avait pas été évaluée correctement jusqu'alors. Dans ce document, ce praticien a posé les diagnostics orthopédiques de lésion traumatique de la jonction cervico-occipitale avec fracture du clivus et fracture du condyle occipital droit ainsi que, concomitamment, de lésion du 4^e nerf crânien gauche avec diplopie, précisant que cette lésion était la conséquence directe de la lésion

traumatique C0-C1. Il a indiqué que ces lésions étaient rares et méconnues, ce qui expliquerait le fait qu'elles n'avaient pas été reconnues, précisant qu'elles étaient bien connues dans le monde de la course automobile. Il a expliqué qu'il était certain que la tête de l'assurée avait été soumise à des forces de rotations et d'inclinaison brutales et soudaines dans le choc par l'arrière qui avait été suivi d'une rotation de 180° du véhicule et d'une décélération brutale. Selon lui, la cohérence des lésions cervico-occipitales et le traumatisme subi par l'intéressée était certaine et il paraissait évident que l'importance de la lésion traumatique orthopédique n'avait pas été évaluée adéquatement. Il a exposé que l'assurée avait subi un traumatisme capable de générer une instabilité entre le crâne et la colonne cervicale et que cette instabilité était réduite par le port d'une collerette cervicale. Il a relevé que dans le rapport d'expertise du centre K. _____ SA, il était observé à plusieurs reprises qu'elle continuait à porter cette collerette et il était fait à plusieurs reprises mention qu'elle devrait s'en passer, cette insistance étant selon lui le reflet d'une méconnaissance du diagnostic effectif. S'agissant des lésions neurologiques, le Dr I. _____ a exposé que l'intéressée en avait subi plusieurs lors de l'accident, la plus évidente et qui persistait encore étant celle du 4^e nerf crânien qui générait une diplopie, soit une perte de la coordination des mouvements entre les 2 yeux selon la direction, cette perte de coordination entraînant un décalage entre les 2 yeux et donc une vision double. Selon lui, la lecture de l'expertise du centre K. _____ SA attestait l'absence totale d'intégration et de compréhension de ces pathologies. A titre de diagnostics secondaires, le Dr I. _____ a retenu une réaction aiguë à un facteur de stress et un état de stress post-traumatique. Il a finalement exposé que l'expertise précitée était manifestement inadéquate et inexacte, les diagnostics orthopédiques, neurologiques et psychiatriques étant erronés.

Le 8 novembre 2012, le Dr C. _____, du centre d'expertise K. _____ SA, a écrit à Y. _____ SA que le diagnostic de fracture du clivus avait été posé par le seul Dr I. _____, précisant que cette problématique relevait plus particulièrement de la neuroradiologie et qu'il conviendrait de confier le dossier radiologique à un spécialiste du rachis cervical, ce que le

Dr I._____ et lui-même n'étaient pas. Il a en outre indiqué que l'évolution des fractures présentées par l'assurée au niveau cervico-occipital avait été tout à fait favorable sur un plan radiologique et que celles-ci ne sauraient expliquer ses plaintes actuelles.

Y._____ SA a soumis le cas de l'assurée au Dr N._____, spécialiste en neurochirurgie. Dans un rapport du 11 mars 2013, ce praticien a conclu son analyse en ces termes :

« Le 30.01.2005 Madame H._____ était victime d'un accident de la voie publique. Selon ses dires, elle aurait perdu connaissance d'environ 10 heures, mais des témoins l'ont vu sortir de la voiture et faire quelques pas. Ainsi il s'agit probablement uniquement d'une amnésie. Après plusieurs examens en Allemagne [recte : Autriche] et au Centre hospitalier G._____ on avait finalement posé le diagnostic d'une fracture non-déplacée du condyle occipital droit, d'une commotion cérébrale et une diplopie attribuée à une parésie du 4^{ième} nerf crânien gauche. Toutes lésions cérébrales avaient pu être exclues par différents examens neuroradiologiques. Les suites posttraumatiques étaient marquées par l'apparition de diverses maladies somatiques et psychiques en partie objectivables, en partie inobjectivables. Une reprise du travail n'aurait pas été possible depuis l'accident. Finalement un examen pluridisciplinaire était effectué fin 2010 avec la conclusion que l'atteinte à la santé déclarée n'était pas en rapport avec l'événement du 30.01.2005.

De mon point de vue, Madame H._____ avait subi une **commotion cérébrale** qui était guérie sans problème. En plus, une **fracture occipitale du crâne** avait été mise en évidence par différents examens radiologiques. Toutes lésions cérébrales qui aurai[en]t pu être en rapport avec cette fracture avaient été écartées (sic) par les différents examens. *Une telle fracture à tendance de (sic) rester visible pour toute la vie de la personne, étant donné [qu']elle ne peut pas guérir comme une autre fracture osseuse par un calus. Étant donné que cette lésion osseuse n'est pas en rapport avec la colonne cervicale, une instabilité de la charnière occipito-cervicale peut être exclue.*

Une diplopie, qui est attribué à une lésion du 4^{ième} nerf crânien gauche n'était à peine objectivable, mais corrigible par des verres de lunette adaptée. Une lésion du 4^{ième} nerf crânien est extrêmement rare, mais elle peut être signe d'une hypertension intracrânienne posttraumatique, à cause de sa finesse et de sa longueur. La diplopie qui peut en résulter est dans la plupart des cas transitoire et surtout pas l'unique signe d'une lésion cérébrale. Une telle diplopie due à une hypertension intracrânienne est avant tout accompagnée au moins par une perte de connaissance, respectivement un état comateux qui perdure et d'autres signes d'une lésion cérébrale, ce qui n'était pas le cas pour Madame H._____. Une lésion du 4^{ième} nerf crânien peut être écartée d'un côté par les examens neuroradiologiques normaux, d'autre côté par la localisation de la fracture du condyle occipital gauche, qui ne touchait pas aux structures cérébrales. Ainsi je me limite à répondre

vos questions **uniquement en rapport direct avec le traumatisme du 30.01.2005** :

1. QUEL EST VOTRE DIAGNOSTIC ?

Fracture banale, non-déplacée du condyle occipital droit.
État après commotion cérébrale.

2. PARTAGEZ-VOUS LES CONCLUSIONS DES EXCPERTS (sic) DU K. _____ SA ?

Oui, entièrement.

2. a. LE LIEN DE CAUSALITÉ ENTRE L'ACCIDENT ET LES DIFFÉRENTS DIAGNOSTICS ?

Il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre l'événement et les différents diagnostics, qui avaient été posés dans les années 2005-2013. Je dois également souligner qu'aucun lien de causalité n'existe entre une fracture occipitale droite et une lésion du nerf crânien 4 gauche ! La fracture occipitale n'avait pas causé une incapacité de travail médico-théorique, qui perdurait au-delà d'un à deux mois. Médico-théoriquement un statu quo ante vel sine avait été atteint 4 à 6 semaines après l'événement au plus tard.

2. c. LE DROIT AU CAPITAL INVALIDITÉ ?

Je partage l'avis des experts de K. _____ SA qu'il n'y a pas d'invalidité permanente, ni atteinte à l'intégrité.

3. AUTRES REMARQUES ?

Je répète que toutes lésions somatiques ou psychiques, dont il était question pendant les 7 années passées, que je n'ai même pas mentionné[es], ne sont dans aucun cas suite ou conséquence de l'événement du 30.01.2005. À mon avis les remarques et interprétations du Dr. I. _____ ne peuvent pas influencer les conclusions des experts de K. _____ SA. ».

Par décision du 24 juillet 2013, D. _____ Assurances SA a confirmé sa prise de position du 20 juin 2012 et a refusé de prendre en charge l'événement du 30 janvier 2005, se référant aux rapports du Dr L. _____ et des experts du centre K. _____ SA.

Le 13 septembre 2013, l'assurée, par son conseil, a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, concluant à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, notamment des indemnités journalières, une rente d'invalidité, une indemnité pour atteinte à l'intégrité et une allocation pour impotent. S'agissant du délai de péremption, elle a exposé qu'il se pourrait qu'elle n'ait plus droit à des

indemnités journalières pour la période antérieure au 9 septembre 2006, ni au remboursement des frais médicaux antérieurs à cette date, mais que les prestations échues après cette date, notamment les prestations périodiques sous forme de rente, ou d'allocation pour impotent, n'étaient pas prescrites ni périmées. Elle a relevé que la décision reposait sur un état de fait erroné dans la mesure où les lésions subies à la suite de l'accident étaient non seulement une fracture du condyle occipital droit, mais aussi une fracture du clivus, précisant souffrir en outre d'un état anxio-dépressif sévère, d'un état de stress post-traumatique et d'un trouble douloureux post-traumatique qui étaient des conséquences de l'accident. L'assurée a indiqué qu'elle avait souffert d'une lésion dans la région cervicale qui devait être associée à un traumatisme de type « coup du lapin », qui était en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

Par décision sur opposition du 10 mars 2014, D. _____ Assurances SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 24 juillet 2013. Elle a considéré que l'éventuel droit aux prestations antérieures au mois d'octobre 2006 était atteint de péremption. Quant au droit aux prestations à partir du mois d'octobre 2006, il devait être refusé dès lors que l'expertise du centre K. _____ SA permettait de conclure, d'une part, que du point de vue de la médecine interne et sur le plan neurologique, le *statu quo sine* avait été atteint quelques mois après l'accident du 30 janvier 2005, respectivement que l'on pouvait exclure l'existence de séquelles significatives et objectivables de cet événement, et, d'autre part, que sur le plan psychique, le syndrome douloureux somatoforme et l'épisode dépressif n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. Soutenant que l'accident devait être considéré comme étant de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité, dans la mesure où la différence de vitesse entre les deux véhicules lors de l'impact était d'environ 10 km/h, elle a relevé que la causalité adéquate devait également être niée dès lors que les critères fixés par la jurisprudence n'étaient pas réunis. Elle a exposé à cet égard que les circonstances concomitantes de l'accident n'étaient pas particulièrement dramatiques et celui-ci n'avait pas été particulièrement impressionnant, que les lésions

subies n'étaient pas d'une gravité ou d'une nature particulière, qu'il n'y avait pas eu de traitements continus spécifiques et lourds et les traitements subis ne se rapportaient pas à des douleurs objectivables, que les douleurs ressenties n'avaient pas été importantes sans interruption et surtout n'étaient expliquées par aucune atteinte physique objective, qu'il n'existait à l'évidence pas d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident, que les difficultés apparues au cours de la guérison étaient en relation avec des facteurs psychosociaux indépendants de l'accident et il n'y avait pas eu de complications importantes en lien avec celui-ci et, enfin, qu'il n'était pas établi que l'assurée aurait entrepris tout ce qui était possible et exigible pour retourner dans le monde du travail.

B. Par acte du 11 avril 2014, H._____, représentée par Me Cornelia Seeger Tappy, a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à l'octroi de prestations de l'assurance-accidents, notamment une rente d'invalidité, une indemnité pour atteinte à l'intégrité et une allocation pour impotent. Elle a exposé que le tableau clinique énoncé par l'intimée était erroné et incomplet, qu'elle souffrait bien d'une lésion dans la région cervicale qui devait être qualifiée de traumatisme de type « coup du lapin » et que le rapport d'E._____, du 13 décembre 2007, celui du Dr L._____, du 9 janvier 2009 ainsi que l'expertise du centre K._____ SA n'avaient pas de force probante suffisante pour nier le lien de causalité naturelle. Elle a également soutenu que ses droits antérieurs à octobre 2006 n'étaient pas prescrits. S'agissant de la causalité adéquate, elle a expliqué qu'elle devait être admise dès lors que six des critères posés par la jurisprudence étaient réalisés, soit le caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la gravité particulière des lésions subies, le traitement spécifique et prolongé, les douleurs particulièrement intenses, les difficultés dans la guérison et les complications importantes ainsi que l'engagement personnel dans le traitement médical.

Dans sa réponse du 16 mai 2014, l'intimée, représentée par Me Jean-Michel Duc, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle a rappelé que les prestations éventuellement dues antérieures au 1^{er} octobre 2006 étaient atteintes de péremption. Se référant en particulier à l'expertise du centre K._____ SA, elle a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé de la recourante. Considérant que l'accident était de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité, et que les critères jurisprudentiels applicables n'étaient pas remplis, elle a également nié l'existence d'un lien de causalité adéquate.

Par réplique du 18 août 2014, la recourante a confirmé ses conclusions, se référant aux arguments de son recours.

Dans sa duplique du 9 septembre 2014, l'intimée a confirmé ses conclusions.

Le 5 août 2015, la recourante a produit un rapport d'expertise judiciaire multidisciplinaire établi le 28 avril 2015 par le Dr R._____, spécialiste en neurologie, dans le cadre du litige opposant l'intéressée à Y._____ SA. Cette expertise a été effectuée sur la base d'un examen de la recourante du 17 novembre 2014 par le médecin prénommé, d'un rapport d'expertise psychiatrique du 24 novembre 2014 du Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale et en psychiatrie et psychothérapie, d'un rapport d'expertise ophtalmologique du 23 décembre 2014 du Dr X._____, spécialiste en ophtalmologie, d'un rapport d'expertise orthopédique non daté du Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, - qui ont tous personnellement examiné la recourante - et des précédents documents médicaux figurant au dossier. Il en ressort ce qui suit :

- sur le plan psychiatrique, le Dr F._____ a posé les diagnostics suivants et a discuté le cas comme suit :

« **Diagnostics**

F33.8 Dépression chronique, actuellement d'intensité d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques.

F431 Etat de stress post-traumatique, suite à un accident de la voie publique le 30.01.2005 avec

- Symptomatologie lentement régressive; actuellement d'intensité faible

F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant, avec

- Douleurs, dysesthésie et faiblesse de l'hémicorps droit.
- Chronification, déconditionnement.

Status-post accident de la voie publique le 30.01.05, avec

- Traumatisme crano-cérébral et cervical, parésie post-traumatique du 4^{ème} nerf crânien gauche.

Autres diagnostics somatiques

Status post-ablation pour tachycardie ventriculaire du ventricule D [droit] le 23.08.2005.

Thyroïdite auto-immune depuis octobre 2005.

Anamnestiquement asthme bronchique, allergies.

Discussion

Mme H. _____ était une femme de bonne santé, sans maladie psychique et somatique importante, si ce n'est la présence de quelques extrasystoles depuis 2004. Elle a été victime d'un accident de la voie publique le soir du 30.01.2005, au volant de son minibus sur une autoroute en Autriche, en revenant d'une visite chez sa famille en Serbie à son domicile dans le canton de Vaud. Depuis cet événement, l'état de santé de Mme H. _____ a totalement changé. Elle souffre d'une symptomatologie douloureuse chronique, ainsi que, depuis au plus tard l'automne 2005, d'une symptomatologie dépressive, mais probablement déjà bien auparavant, selon le rapport d'un neurologue, consulté en juin 2005, décrivant déjà des troubles du sommeil, des cauchemars, une fatigue, une irritabilité, des troubles de la mémoire et de la concentration, associés à la proposition d'introduire un antidépresseur. Cette symptomatologie dépressive semble avoir, selon les documents, atteint un degré sévère entre 2005 et 2008. Les experts de K. _____ SA en 2010 ont trouvés une dépression de degré moyen, alors que lors de mon évaluation la symptomatologie correspondait aux critères d'une dépression sévère.

Actuellement, Mme H. _____ présente effectivement un retrait social important, une inactivité la plupart du temps, une diminution de sa capacité à ressentir du plaisir, un manque d'élan, une perturbation affective, avec une humeur déprimée et une irritabilité continue, une agitation interne, une perturbation de son

comportement alimentaire avec une tendance au grignotage, associée à une prise pondérale, ainsi que des idées suicidaires récidivantes. De plus, Madame décrit des sentiments de culpabilité et de honte. La présence de tous ces symptômes correspond aux critères d'une dépression sévère, selon CIM-10. Comme la CIM-10 est sortie au début des années 90 du siècle passé, il conceptualisait mal les épisodes dépressifs chroniques, une problématique sujette à d'énormes recherches, surtout ces vingt dernières années. Avant cela, les dépressions n'étaient considérées qu'en tant qu'épisodes transitoires. Au vu de ce contexte, les dépressions chroniques doivent être codées dans la CIM-10 en tant qu'épisodes dépressifs récurrents, donc dans le chapitre F33.

Mme H. _____ souffre de douleurs continues prenant tout son hémicorps droit. Ces douleurs sont présentes en continu, ne réagissent pas à des mesures analgésiques, et sont associées à un sentiment d'hypoesthésie et dysesthésie, prenant tout l'hémicorps droit, se délimitant, selon les évaluations neurologiques effectuées strictement à la ligne médiane de la patiente. Elles sont associées à une faiblesse de l'hémicorps. Cette présentation est typique d'un syndrome « psychogène » ou « fonctionnel ». Afin de pouvoir poser le diagnostic d'un trouble somatoforme, la CIM-10 exige l'exclusion d'une origine organique des symptômes présentés. Effectivement, l'imagerie cérébrale et cervicale n'a jamais pu mettre en évidence une lésion structurelle du cerveau pouvant expliquer une telle symptomatologie. Selon la CIM-10, un conflit émotionnel ou des problèmes psychosociaux doivent être en lien avec la symptomatologie présentée. Effectivement, Mme H. _____ parle d'une manière assez libre et ouverte de ne pas s'être sentie bien soignée et surtout pas assez rapidement prise en charge après l'accident en Autriche, mais souvent aussi négligée et mise de côté par la suite, n'étant que progressivement informée sur ses blessures, notamment sur la présence d'une fracture que lors d'une consultation neurochirurgicale environ un mois après l'accident et mal instruite sur la façon de porter sa minerve. De plus, Mme H. _____ présentait une charge émotionnelle très importante, liée à sa symptomatologie post-traumatique bien présente après son accident (Cf. ci-dessous).

La recherche, malheureusement pas très abondante, sur ce type de problèmes de santé, de ces dernières années est relativement intéressante: surtout dans le sens que des cas de séries de patients correspondant au tableau présenté par Mme H. _____ ont été publiés. Ceux-ci sont associés à des troubles fonctionnels cérébraux de structures sous-corticale[s] du cerveau (donc en profondeur du cerveau). Dans ces séries, des discrets abaissements du pli labial et une légère asymétrie faciale ont également été décrits - sans qu'une parésie franche du visage puisse être mise en évidence. Même si la pathogénie de ce type de troubles ne reste que très partiellement comprise, ces nouvelles études nous donnent au moins quelques idées afin de mieux comprendre la genèse de ce type de maladie et nous permettent de bien les différencier de toute sorte de simulation, aggravation ou autres troubles induits volontairement pour des motifs quelconques (par ex. pour avoir des avantages dans la prise en charge, des indemnisations pécuniaires, etc..).

Lors de mon examen de l'expertisée, Mme H. _____ décrivait une symptomatologie actuellement relativement légère, mais toujours présente, typique d'un état de stress post-traumatique. Madame décrivait notamment une hypervigilance au volant et une anxiété diffuse en se trouvant dans la circulation, de brefs moments d'anxiété lorsqu'elle était confrontée à des images d'accident ou à des bruits d'accident, des peurs quand elle entendait un camion la suivre en voiture, une peur des phares. Madame semble avoir même encore maintenant, occasionnellement, une reviviscence de petits moments de son accident, en voyant des phares venant de l'arrière et ré-imaginant d'une manière réelle le bruit du choc de l'accident dont elle a été victime le 30 janvier 2005. Mme H. _____ expliquait clairement que ses symptômes ont diminué au fil des années et dans leur fréquence et dans leur intensité, elle en souffre nettement moins actuellement qu'il y a encore quelques années auparavant. Mais les critères d'un état de stress post-traumatique, selon CIM-10, sont toujours remplis.

En comparaison avec les deux expertises, effectuées en 2008 et 2011, il est important de mentionner que les experts semblent être tous d'accord sur la présence d'un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi que d'une symptomatologie dépressive, où il existe un certain désaccord sur l'intensité, décrivant un épisode sévère en 2008 et un épisode moyen en 2010, alors que l'expertisée présente actuellement une symptomatologie remplissant à nouveau les critères d'un épisode dépressif sévère. Toutefois, cette intensité peut varier dans le temps, de sorte que je ne vois pas de grandes contradictions dans l'évaluation de cette maladie.

Concernant l'état de stress post-traumatique, je suis entièrement l'évaluation des experts du Centre hospitalier G. _____ en 2008. L'argument principal niant la présence d'un tel trouble, par les experts du K. _____ SA en 2010, est le fait que Madame présente une amnésie pour une grande partie de son accident de 2005. Effectivement, il est impossible de présenter un état de stress post-traumatique pour des événements pour lesquels aucune trace de mémoire ne persiste. Toutefois, ceci n'a jamais été décrit, ni postulé chez notre expertisée: effectivement, Mme H. _____ a préservé des traces de mémoire des quelques moments avant son accident et du crash lui-même, et c'est seulement ces moments qui étaient réactualisés dans les reviviscences, ce qui correspond - avec les autres symptômes - au trouble post-traumatique.

La discussion du vécu subjectif de l'événement autour de l'accident de l'expertisée est toutefois importante. Il est important de mentionner que Madame présente une amnésie antérograde, donc pour les événements après l'accident, de dix heures. Malgré cela, le diagnostic d'une commotion cérébrale a été posé par les confrères d'Autriche à la Clinique de [...]. Une commotion cérébrale est normalement accompagnée d'une amnésie rétrograde, donc pour les quelques moments avant le traumatisme. Une amnésie antérograde est, dans le cadre d'une commotion cérébrale, rare. Une amnésie antérograde est plutôt compatible avec une blessure plus sévère du cerveau, mais que Mme H. _____ n'a clairement pas, au vu de l'évolution et de toute l'imagerie effectuée lors du suivi. L'origine de cette amnésie doit donc être autre. Effectivement,

comme discuté dans les différents échanges de courriers entre [le] Dr I. _____ et les experts du K. _____ SA, donc experts de 2010, la présence d'une réaction aiguë à un facteur de stress est une possibilité, ceci au vu du comportement apparemment inadéquat de l'expertisée, décrit par ses proches. Une autre possibilité serait la présence d'un état dissociatif ou la présence de ces deux entités pendant les heures suivant l'accident. Tout cela reste relativement vague, neuf ans après les événements, sans pouvoir interroger à nouveau les autres témoins de l'accident et les heures qui le suivaient. Ces réflexions vont quand même dans la direction que Mme H. _____ était psychiquement fortement touchée et déséquilibrée par l'accident déjà dès les premiers moments. Les événements qui ont suivi plus tard, dont l'expertisée se souvient bien, sont également l'expression d'un vécu d'un environnement hostile, peu soutenant. Notamment les grandes difficultés à communiquer avec les soignants et les médecins, le fait d'être « trimbalée » entre différents hôpitaux, renvoyée par taxi au garage, ré-acceptée dans le premier hôpital, hébergée dans un local inadapté, finalement brusquement à nouveau renvoyée de cet hôpital et rapatriée en Suisse dans un taxi, probablement peu adapté pour une personne souffrant d'une fracture fraîche, sans analgésique.

Ces trois maladies (ou séquelles d'accident, cf. ci-dessous), donc la dépression, le syndrome douloureux et l'état de stress post-traumatique, mènent à une diminution claire de la capacité de travail de notre expertisée. Alors que l'état de stress post-traumatique actuellement ne contribue plus que très faiblement à cette diminution de la performance de Mme H. _____, l'état dépressif en soi, avec tous ces symptômes, la rendent inapte à travailler. Il est étonnant que les experts du K. _____ SA, en 2010, concluent à aucune répercussion sur la capacité de travail des maladies de l'expertisée, alors qu'ils posent le diagnostic d'un épisode dépressif moyen. Selon la CIM-10, « un épisode dépressif moyen s'accompagne habituellement de difficultés importantes à mener à bien les activités professionnelles, sociales ou ménagères ». Lors d'une symptomatologie dépressive sévère, la CIM-10 décrit qu'il est très peu probable qu'une personne soit encore capable d'accomplir des activités sociales, professionnelles ou ménagères. La symptomatologie de notre expertisée étant sévère, en plus chronifiée, associée à un déconditionnement important, est donc déjà une raison pour une diminution très importante de toute capacité de travail, Je rappelle que Mme H. _____ passe sa vie en retrait, souvent au lit, incapable d'entrer en action d'une manière importante.

De plus, Mme H. _____ souffre d'un syndrome douloureux chronique, de type somatoforme. Même si la pratique juridique actuelle ne reconnaît ce type de trouble qu'exceptionnellement (si les douleurs ne peuvent pas être surmontées avec un grand effort de volonté) comme cause d'une invalidité, une argumentation que partiellement compréhensible du point de vue médical, il est évident que ces symptômes contribuent énormément aux limitations des performances, donc à l'invalidité de notre expertisée. Les douleurs continues, la sensation altérée et la force diminuée dans l'hémicorps droit, excluent déjà en soi notre expertisée de toute activité physique, la douleur a, en règle général, également une grande

influence sur la concentration et limite donc également les possibilités d'une activité moins physique.

Bien sûr, dans le cas présent, tout cela reste relativement théorique car notre expertisée présente de plus une symptomatologie dépressive invalidante (et on ne peut pas être plus invalide que totalement invalide). Au vu de cette symptomatologie dépressive ajoutée, l'élan vital, donc la possibilité d'entamer une action, d'avoir une volonté déterminée en fonction cette volonté, est fortement altéré. L'expertisée, étant douloureuse et en même temps dépressive, ne peut tout simplement pas fournir quelconque effort de volonté qui pourrait, dans le meilleur cas, éventuellement l'aider à surmonter au moins en partie son trouble douloureux. Ce trouble douloureux est également chronifié et a contribué au déconditionnement sévère de l'expertisée, il a donc contribué à la consolidation de la chronification de l'invalidité permanente de Mme H._____.

En résumé, Mme H._____ est donc invalide et inapte à tout travail suite à sa dépression et à son trouble douloureux somatoforme persistant, éventuellement aggravé, à moindre mesure, par son état de stress post-traumatique.

Mme H._____ a été suivie par une psychiatre pendant toutes ces années, avec un suivi régulier qu'elle a bien investi, avec une prise régulière de ses médicaments, en plus des essais de physiothérapie et d'analgies médicamenteuses et interventionnelles (qui en général est sans grand effet au dans (sic) des troubles somatoformes). Tous ces efforts thérapeutiques, que notre expertisée a suivi consciencieusement, n'ont pas amélioré la situation d'une manière significative. Ils ne restent que très peu d'options thérapeutiques, notamment une « augmentation » de la médication, une séismothérapie pour la dépression et une prise en charge dans une unité hospitalière spécialisée. Au vue (sic) de la complexité (dépression, douleurs et trauma), les effets que l'on peut attendre de tels traitements ne seront que limités. Au vu de la sévérité, la chronification malgré le traitement adapté et les possibilités thérapeutiques restant faibles, le pronostic est malheureusement sombre. Surtout, une amélioration importante, qui permettrait d'améliorer la performance de Mme H._____ suffisamment afin de pouvoir retravailler, est très improbable. Dans de telles situations, il est souvent un succès thérapeutique d'éviter une aggravation ou un comportement suicidaire.

En ce qui concerne le lien de causalité (naturelle) de tous ces troubles avec l'accident, il est important de mentionner que Madame ne souffrait d'aucun trouble psychique dans ses antécédents. Bien au contraire, elle était active, gérait le ménage, au sein d'une famille avec trois enfants en âge scolaire et d'apprentissage, et travaillait en parallèle. L'accident étant, comme décrit ci-dessus, vécu comme traumatisant, a mené à des douleurs et lésions physiques initiales, ainsi qu'à un état de stress post-traumatique dans l'évolution, ce qui a fortement déstabilisé l'expertisée. L'évolution d'un état de stress post-traumatique vers une dépression est fréquente, si l'état de stress post-traumatique ne régresse pas dans les quelques semaines.

La conflictualité et la charge émotionnelle, décrites ci-dessus, ont en plus contribué à la chronification du problème douloureux, qui s'est par la suite intensifié et étendu (en devenant syndrome douloureux somatoforme) par des mécanismes, que j'ai essayé d'aborder en quelques mots dans la discussion ci-dessus par la recherche récente sur ce type de trouble.

Les experts de 2008 du Centre hospitalier G. _____ ne se sont pas exprimés sur la causalité entre accident et maladie psychique, il s'agissait d'une évaluation AI et par conséquent cette question ne leur a pas été posée.

Les experts de 2010 du K. _____ SA nient par contre la présence d'une causalité entre accident et plaintes psychiatriques actuelles. Il est clair que l'état de stress post-traumatique, qui était bien présent, comme décrit ci-dessus, et qui l'est toujours, avec une symptomatologie actuellement que discrète, a un lien évident avec l'accident, il en est une séquelle directe. La dépression est une séquelle fréquente et d'un trauma directement et d'un état de stress post-traumatique qui n'évolue pas favorablement. La dépression de notre expertisée, jamais dépressive avant son accident, en est donc une séquelle indirecte, mais clairement en lien de causalité naturelle avec l'accident, avec une haute probabilité.

Les experts de 2010 du K. _____ SA mettent le syndrome douloureux somatoforme persistant en lien avec une conflictualité intrapsychique et intrapersonnelle, notamment une insatisfaction de vie liée à des problèmes de travail, ainsi qu'une peur de l'autonomisation de ses enfants. Effectivement, l'expertisée semble avoir eu des problèmes à retrouver du travail dans les années 2003 et 2004. En 2005, où son fils aîné avait 18 ans quand l'accident se produisait, notre expertisée était très probablement confrontée à la question de l'autonomisation de ses enfants.

Mme H. _____ s'oppose actuellement clairement à [un] tel lien, se dit contente de voir progresser ses enfants, que son fils aîné ait quitté le foyer, elle souhaiterait également que sa fille les quitte, même si elle profite de sa présence et du fait qu'elle assure une bonne partie du ménage actuellement. La symptomatologie lourde de Mme H. _____ semble effectivement rendre plus difficile, surtout à la fille [...], la possibilité de quitter ses parents, sans trop de sentiments de culpabilité. Madame, ne devant plus assumer le ménage, a donc aussi un gain secondaire lié à sa maladie (mais en payant un grand prix, avec une symptomatologie lourde et une vie en retrait total, pour ce gain relativement faible). Mme H. _____ dit clairement préférer être de nouveau en forme et travailler à nouveau plutôt que d'avoir sa vie actuelle.

En somme, il est possible que ces facteurs - hors de l'accident - aient contribué à l'évolution de ce trouble douloureux chronique, avec une probabilité intermédiaire. En revanche, jusqu'au jour avant son accident, Mme H. _____ gérait toute cette problématique, ses difficultés à trouver du travail, associées peut-être à une insatisfaction, le fait que ses enfants s'autonomiseraient progressivement (comme tous les parents le vivent). En plus, elle gérait le stress supplémentaire de devoir s'adapter à une nouvelle culture, sans en être malade. C'est l'accident, avec son vécu

traumatisant et ses séquelles somatiques et surtout psychiques, qui ont déstabilisé l'expertisée et mis en route toute la problématique douloureuse qui se chronifiait. Sans l'accident, elle aurait peut-être pu maintenir son équilibre psychique et un tel trouble ne se serait jamais produit. Le trouble somatoforme douloureux est donc également une séquelle de l'accident (causalité naturelle), avec une probabilité haute.

La question, si un trouble psychique comme séquelle causée d'un accident est adéquate, est un concept et une question purement juridique. Toutefois, dans ce contexte, il doit être mentionné qu'il s'agit chez notre expertisée, accidentée le 30.01.2005, d'un traumatisme de sévérité intermédiaire, que l'accident a été vécu comme traumatisant et menaçant, qu'une première évaluation en Autriche a sous-estimé, voire non-diagnostiqué les blessures traumatiques présentes, que Madame a souffert de douleurs, que la prise en charge somatique a aussi été relativement longue et qu'elle en a tiré une incapacité de travail extrêmement prolongée.

Réponses aux questions

L'expertise (et ses co-expertises) est chargée de se déterminer sur les questions suivantes :

- Les diagnostics posés par le Centre hospitalier G._____ en 2008 restent valables ?

Réponse :

Oui.

- La demanderesse est toujours en incapacité totale de travail, sans espoir d'amélioration ?

Réponse :

Oui.

- Cette incapacité totale de travail de la demanderesse, soit son invalidité, est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 30.01.2005 ?

Réponse :

Oui. » ;

- sur le plan ophtalmologique, le Dr X._____ a conclu à un discret astigmatisme composé bilatéral ainsi qu'à un status après parésie du 4^e nerf crânien gauche post-traumatique et a indiqué que la recourante présentait actuellement un status ophtalmologique quasi normal avec surtout une disparition des symptômes cliniques présents lors de la parésie du 4^e nerf crânien gauche ;

- sur le plan orthopédique, le Dr M. _____ a conclu son rapport comme suit :

« Il s'agit d'une patiente qui présente un chronicisation des douleurs au niveau de la nuque et de l'épaule droite dans un contexte psychologique fragile sur status post-traitement conservateur d'une fracture du condyle occipital droit par minerve sur un AVP [accident de la voie publique] le 30.01.2015.

La prise en charge par les hôpitaux de [...] et [...] en Autriche a été adéquate. En vue d'une diplopie présentée par la patiente, d'autres investigations ont été prévues en Autriche mais Mme H. _____ a préféré rentrer à domicile contre avis médical en raison d'un problème de langue. Comme recommandé par nos collègues en Autriche, elle s'est ensuite présentée au Centre hospitalier G. _____ à [...] pour les investigations supplémentaires nécessaires. Les clichés radiologiques avec scanner de la colonne cervical[e] ont mis en évidence une fracture du condyle occipital droit non déplacée. Un traitement conservateur avec minerve rigide pour 3 mois a été instauré.

Pour le problème de diplopie, elle a consulté un ophtalmologue qui a diagnostiqué une parésie du 4^{ème} nerf crânial à droite [*recte* : gauche] (comme nous ne sommes pas spécialistes pour ce problème nous ne pouvons pas nous prononcer sur le traitement instauré).

Après immobilisation de la colonne cervicale par minerve rigide pour 3 mois, un traitement par physiothérapie intensive pour mobilisation a été instauré par le Centre hospitalier G. _____ avec une évolution qui a par la suite été défavorable avec persistance de fortes douleurs.

A noter qu'une problématique de distorsion de la colonne cervicale associée à une fracture peut par la suite provoquer des douleurs chroniques dans 10% des cas. Il faut également dire que la fracture du condyle occipital droit est une fracture assez banale et que dans la majorité des cas on parvient à une guérison sans séquelles dans les 3 à 6 mois sous traitement conservateur. De plus, le scanner de la colonne cervicale en 2011 montre une bonne guérison de la fracture, sans évolution d'une arthrose au niveau de la fracture ni d'autre trouble dégénératif de la colonne cervicale. Les IRM de la colonne cervicale effectuées en 2008 et en 2014 ne montrent pas de troubles dégénératifs, mises à parts de légères discopathies avec protrusion discale C5-C6 C6-C7.

L'IRM de 2014 montre une situation quasi-identique à celle de 2008. Les très légers troubles dégénératifs ne sont pas dus à l'accident de 2005.

Chez cette patiente, il s'agit d'une lésion cervicale assez banale avec des scanners et IRM de la colonne cervicales (sic) se révélant tout à fait rassurants. Dans ce contexte, les douleurs décrites par la patiente ne sont pas explicables. A noter qu'une lésion discale traumatique est assez rare et engendre en général des troubles

neurologiques de façon immédiate, ce qui n'était pas le cas pour la patiente. En regardant les IRM cervicales de 2008 et 2014, pas de péjoration des légères discopathies C5-C6 C6-C7. Il est possible que la patiente, psychologiquement très fragile, n'ait pas été assez rassurée sur le fait qu'il s'agissait d'une fracture banale et que dans les 3 à 6 mois suivants on pouvait s'attendre à une guérison sans séquelles, comme dans la majorité des cas. Elle a pu de ce fait présenter par la suite une chronicisation des douleurs.

Malgré le suivi psychologique, l'évolution n'est à ce jour toujours pas favorable. Lors de notre consultation, nous remarquons une patiente psychologiquement très fragile avec un moral très bas qui présente d'importantes douleurs dans la nuque, dans l'épaule droite ainsi que dans tout l'hémicorps droit qui ne peuvent être expliquées par les examens cliniques et les clichés radiologiques effectués ces dernières années. A l'examen clinique, elle présente également d'importantes douleurs au niveau de l'épaule droite avec une forte diminution de la mobilité avec une épaule gelée.

En vue de ce cadre, nous avons organisé une arthro-IRM de l'épaule droite qui ne montre pas de lésion, mise à part une petite déchirure partielle de la partie supérieure du tendon sous-scapulaire. Il est possible que la patiente ait déjà présenté ce problème lors de l'accident et qu'il ait été quelque peu négligé en raison des douleurs importantes au niveau de la nuque et de la découverte de la fracture du condyle occipital. Le traitement à (sic) de ce fait été concentré à ce niveau.

Par la suite, en raison des douleurs au niveau de l'épaule droite, elle a cessé de (sic) d'utiliser cette dernière et a développé une rétraction capsulaire avec une épaule gelée avec actuellement d'importantes douleurs lors de chaque mouvement de l'épaule. A notre avis, il sera très difficile d'instaurer un traitement pour améliorer cette situation. Lors de la consultation, on explique bien à la patiente ainsi qu'à sa fille que du point de vue cervical, Mme H._____ avait présenté une fracture banale et que les clichés radiologiques sont tout à fait rassurants, confirmant une consolidation complète de la lésion, sans troubles dégénératifs importants. L'imagerie de l'épaule, mise à part une petite rupture partielle du sous-scapulaire est tout à fait normale également. Il est important qu'elle suive des séances de physiothérapie, surtout pour le problème de l'épaule, dans le but de regagner au maximum la mobilité. Il faut toutefois être bien conscient que cela sera difficile en raison de l'épaule peu mobile depuis plusieurs années. Du point de vue psychologique, il est très important de continuer un suivi régulier.

En résumé, nous sommes d'accord avec les conclusions des experts du K._____ SA ainsi que de l'expertise réalisée par le Dr N._____, neurochirurgien sur le fait qu'il n'existe pas d'invalidité permanente ni d'atteinte à l'intégrité. Les plaintes actuelles de la patiente ne sont pas explicables par les lésions diagnostiquées lors de l'accident en 2005. A notre avis, le problème principal actuel se situe au niveau de la situation psychologique très fragile de la patiente. Nous laissons donc nos collègues psychiatres se prononcer sur ce point. » ;

- en synthèse, le Dr R. _____ a discuté le cas, posé les diagnostics et répondu aux questions posées en ces termes :

« **Discussion** : Je reviens tout d'abord sur l'accident lui-même : le 30.01.2005, la patiente a été victime d'un choc par l'arrière avec comme lésions objectivées une fracture non déplacée du condyle occipital droit, une lésion de la partie distale du clivus et une parésie du 4^{ème} nerf crânien gauche. Le caractère bilatéral des lésions a une explication anatomique : en effet, le 4^{ème} nerf crânien gauche part de la partie dorsale droite du tronc cérébral, croise la ligne médiane à l'intérieur du tronc pour sortir du côté gauche. Dans les traumatismes cervicaux, les fractures du condyle sont rares (environ 1 à 3%). Dans le cas présent, la fracture était non dissociée. Son association avec une fracture du clivus et une atteinte du 4^{ème} nerf montre cependant que l'énergie lors du choc était importante.

L'évolution objective est favorable étant donné la consolidation complète de la fracture du condyle (IRM du 17.06.2005 et examens radiologiques suivants). Par ailleurs la parésie du 4^{ème} nerf crânien gauche a totalement récupéré (expertise du Dr X. _____).

La fracture du clivus n'est plus constatable sur l'IRM du 08.09.2008 (j'ai pris contact avec le Dr [...], radiologue à l'Institut [...]. Il a à nouveau examiné les clichés et m'a transmis ses conclusions).

Actuellement la patiente se plaint surtout de douleurs, de troubles moteurs et sensitifs de l'hémicorps droit. Du point de vue neurologique, je n'objective pas de lésion significative. En effet, les troubles sensitifs de l'hémicorps droit ne touchent que quelques qualités (le toucher et la douleur) et ne s'accompagnent pas d'une asymétrie des réflexes ni d'une atteinte de la sensibilité profonde. Ils peuvent donc difficilement être mis en relation avec les structures anatomiques.

En périphérie, la patiente présente uniquement des signes d'un léger enclavement du nerf médian au poignet qui, joint à la capsulite de l'épaule constatée lors de l'expertise orthopédique, explique en grande partie les douleurs du bras droit. Ces deux problèmes ne sont pas d'origine traumatique.

En revanche, la patiente présente des signes nets d'une dépression objectivée par le Dr F. _____ lors de son expertise. Elle souffre en outre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant (ICD-10, F45.4) décrivant une douleur continue grave et harcelante qui n'est pas susceptible d'être entièrement expliquée par un processus physiologique ou un trouble corporel.

Diagnostics neurologiques

Diagnostics en relation avec l'événement du 30.01.2005

- Dépression.
- Syndrome douloureux somatoforme persistant.

Diagnostics sans relation avec l'événement du 30.01.2005

- Syndrome du tunnel carpien à droite.
- Capsulite de l'épaule.
- Discrète (sic) astigmatisme composé bilatéral.

Réponses à l'allégué 131 :

Les diagnostics posés par le Centre hospitalier G._____ en 2009 restent valables ?

1^{er} diagnostic : état de stress post-traumatique (F43.1) suite à un accident de circulation survenu le 31.01.2005.

Réponse : oui.

Le problème est purement psychiatrique. Il est discuté dans son expertise par le Dr F._____ qui écrit (page 19) : « L'état de stress post-traumatique actuellement ne contribue que très faiblement à cette diminution de la performance... », j'estime donc que cet état de stress post-traumatique se réfère à une situation de 2005 mais ne joue plus de rôle actuellement.

2^{ème} diagnostic : épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique (F32.2) depuis le printemps 2005.

Réponse : oui ainsi que le démontre le psychiatre dans son expertise.

3^{ème} diagnostic : syndrome douloureux somatoforme persistant (F45A) depuis février 2005 :

Réponse : oui.

4^{ème} diagnostic : status post-traumatique crânio-cérébral et cervical.

Réponse : oui.

5^{ème} diagnostic : parésie post-traumatique du 4^{ème} nerf crânien gauche.

Réponse : non. L'expert ophtalmologue, le Dr X._____ ne constate pas de parésie du 4^{ème} nerf crânien gauche, cette parésie peut donc être considérée comme guérie.

Réponse à l'allégué 132 :

La demanderesse est toujours à l'incapacité totale de travail, sans espoir d'amélioration.

Oui, en raison de la dépression chronique sans symptôme psychotique diagnostiquée et discutée par l'expert psychiatre et en raison du syndrome douloureux somatoforme persistant.

En revanche, les expertises neurologiques, ophtalmologiques et orthopédiques n'ont pas démontré d'affection somatique reliée à l'accident du 30.01.2005 engendrant une incapacité de travail.

Réponse à l'allégué 132 bis :

Cette incapacité totale de travail de la demanderesse, soit son invalidité, est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 30.01.2005 : oui ainsi que l'a démontré l'expert psychiatre.

Les autres diagnostics de l'expertise du Centre hospitalier G._____, soit status post-thermoablation pour tachycardie du ventricule droit, extrasystolie ventriculaire résiduelle symptomatique, anémie chronique d'origine inconnue, constituent des diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail et se rapportent à des affections antérieures à l'accident comme discuté plus haut. ».

L'intimée s'est déterminée sur ces nouvelles pièces le 6 novembre 2015 et a confirmé ses conclusions.

Par écriture du 15 janvier 2016, la recourante a confirmé ses conclusions.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, 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) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à bénéficier de prestations de la part de l'intimée en raison de l'accident du 30 janvier 2005.

3. En premier lieu, il convient d'examiner d'office la question de l'éventuelle péremption du droit aux prestations.

a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée.

En principe, la demande adressée à un assureur social sauvegarde le droit aux prestations de celui qui la présente et comprend toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. L'art. 24 al. 1 LPGA limite cependant le droit aux prestations arriérées aux cinq ans qui précèdent le dépôt de la demande. La jurisprudence précise que, même si l'administration a omis fautivement de donner suite à une demande initiale de prestations, qui était bien fondée, le paiement des prestations arriérées est soumis au délai de péremption absolu de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande (TF 9C_574/2008 du 27 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées).

b) En l'espèce, au début du mois de février 2005, la recourante a annoncé l'accident du 30 janvier 2005 à son employeur d'alors, qui, considérant à tort que la couverture pour les accidents non professionnels n'était pas donnée, l'a invitée à annoncer le cas à son assurance-maladie, ce qu'elle a fait le 16 février 2005. L'annonce de l'accident à l'intimée n'est intervenue que le 9 septembre 2011.

Compte tenu de la date de cette annonce et du délai de 5 ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit de la recourante aux prestations antérieures au 9 septembre 2006 est atteint de péremption. Le fait que son employeur n'a fautiveusement pas donné suite à la déclaration d'accident de l'intéressée et l'a invitée à s'adresser à son assurance-maladie n'y change rien, conformément à la jurisprudence précitée.

Il convient dès lors d'examiner si la recourante peut prétendre à des prestations de la part de l'intimée à compter de septembre/octobre 2006.

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

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'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

le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

c) Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, *in* Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, p. 865, n. 80) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

d) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme

cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de vingt-quatre heures à, au maximum, septante-deux heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références citées). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 117 V 359 consid. 4b).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert

soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

6. L'intimée, se fondant sur l'expertise du Dr L._____ du 9 janvier 2009, celle du centre K._____ SA du 11 mars 2011 et sur le rapport du Dr N._____ du 11 mars 2013, nie à la recourante le droit à des prestations à compter du mois d'octobre 2006 (les prestations antérieures étant atteintes de péremption ; *cf. supra* consid. 3b) dès lors que du point de vue de la médecine interne et sur le plan neurologique, le *statu quo sine* a été atteint quelques mois après l'accident (environ 9 mois) et que sur le plan psychique, les affections présentées ne sont pas en relation de causalité avec cet événement. De son côté, l'intéressée soutient qu'à la suite de l'accident, elle a souffert et souffre encore de nombreuses séquelles, tant physiques que psychiques. Il y a donc lieu d'examiner, dans un premier temps, si ces troubles sont en relation de causalité naturelle avec l'accident.

a) En l'espèce, les médecins autrichiens ayant pris en charge la recourante le jour de l'accident du 30 janvier 2005 ont diagnostiqué une commotion cérébrale et une diplopie d'origine peu claire. Les médecins du Centre hospitalier G._____ ayant assuré son suivi dès le 2 février 2005 ont mis en évidence une fracture non déplacée du condyle occipital droit et ont attribué la diplopie à une parésie du 4^e nerf crânien gauche. Le 2 juin 2005, le Dr J._____ a posé le diagnostic de status après traumatisme cranio-cérébral avec fracture du condyle occipital droit, précisant que l'intéressée présentait un syndrome post-traumatisme

crânien et cervical caractérisé par d'importantes douleurs, des vertiges, une fatigue, des troubles du sommeil, des troubles subjectifs de la sensibilité ainsi que des troubles persistants de la mémoire et de la concentration. Par la suite, elle a présenté des troubles psychiques. Actuellement, l'intéressée se plaint principalement de douleurs hémicorporelles à droite.

b) Sur le plan somatique, les experts du centre K. _____ SA ont décrit en substance que l'évolution était objectivement favorable et ont précisé que le tableau douloureux chronique hémicorporel droit ainsi que les troubles sensitivomoteurs hémicorporels droits dont se plaignait la recourante ne trouvaient pas d'explication somatique tant post-traumatique que malade. Ils ont retenu que le statu quo avait été atteint quelques mois après l'accident, rejoignant ainsi l'avis du Dr L. _____ qui avait nié toute relation de causalité entre l'accident et les plaintes de l'intéressée après les 9 premiers mois post-traumatiques. L'avis des experts du centre K. _____ SA a été confirmé par le Dr N. _____, qui indiquait dans son rapport du 11 mars 2013 qu'il n'y avait pas lien de causalité naturelle entre l'événement du 30 janvier 2005 et les différents diagnostics posés dans les années 2005-2013, indiquant que le « statu quo ante vel sine avait été atteint 4 à 6 semaines après l'événement au plus tard ». Il a relevé que la commotion cérébrale subie avait guéri sans problème et que toutes les lésions cérébrales qui auraient pu être en rapport avec la fracture du condyle occipital avaient été écartées par les différents examens. Dans le cadre de l'expertise multidisciplinaire du 28 avril 2015, le Dr M. _____ a adhéré aux conclusions des experts du centre K. _____ SA et du Dr N. _____, relevant que les plaintes actuelles de l'intéressée n'étaient pas explicables par les lésions diagnostiquées lors de l'accident en 2005. Il a expliqué qu'il s'agissait d'une lésion cervicale assez banale avec des scanners et IRM de la colonne cervicale se révélant tout à fait rassurants. En particulier, l'IRM pratiquée le 17 juin 2005 a permis d'établir l'absence de lésions d'origine post-traumatique à l'étage cérébral.

S'agissant de la fracture du clivus dont le Dr I. _____ - consulté par la recourante - a fait état dans son rapport du 2 avril 2012, elle n'a pas été relevée dans les rapports d'IRM cérébrale et cervicale des 17 juin 2005 et 11 juillet 2006, ni par les experts du centre K. _____ SA, ni par le Dr M. _____. Seul le Dr R. _____ en fait mention en parlant de lésion distale du clivus, précisant qu'elle n'était plus constatable sur l'IRM du 8 septembre 2008. Dans ces conditions et contrairement à ce que soutient la recourante, l'intimée n'a pas mal apprécié le tableau clinique en omettant de mentionner cette lésion, dont l'existence est controversée, étant par ailleurs précisé qu'il ressort de ce qui précède que l'évolution des lésions au niveau cervico-occipital avait été tout à fait favorable sur un plan radiologique et que celles-ci ne sauraient expliquer les plaintes actuelles.

Du point de vue neurologique, le Dr R. _____ n'a objectivé aucune lésion significative. Cette analyse rejoint celles du Dr P. _____ du 22 juillet 2005 et du Dr Z. _____ du 23 décembre 2011.

Au niveau ophtalmologique, le Dr X. _____, dans son rapport du 23 décembre 2014, a conclu à un status quasi normal avec surtout une disparition des symptômes cliniques présents lors de la parésie du 4^e nerf crânien gauche. La diplopie a été corrigée par le port de lunettes. Selon les Drs A. _____ et N. _____, il n'y a pas de lien entre la parésie du 4^e nerf crânien gauche et la fracture du condyle occipital droit.

Au vu de ces éléments, force est de constater l'absence de déficit organique objectivable en lien avec les douleurs de la recourante. Le status somatique est rassurant, le traumatisme crano-cérébral a guéri sans problème, aucune fracture du clivus n'a été constatée lors des examens radiologiques et il n'y a pas de lésion neurologique ou ophtalmologique significative. Conformément à l'expertise du centre K. _____ SA et à l'expertise multidisciplinaire dirigée par le Dr R. _____, les plaintes actuelles de l'intéressée ne trouvent pas d'explication sur le plan somatique et le problème relève du domaine psychiatrique. Les troubles dont se plaint encore la recourante ne peuvent donc plus

s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident. Selon les éléments médicaux du dossier, le statu quo pour les atteintes physiques a été atteint quelques mois après l'accident du 30 janvier 2005, soit au plus tard après 9 mois selon le Dr L._____. Or, les prestations éventuellement dues pour cette période maximale de 9 mois, du 30 janvier au 31 octobre 2005, sont atteintes de péremption (*cf. supra* consid. 3b).

c) Sur le plan psychiatrique, la Dresse W._____, en 2005-2006, a mis en évidence un état dépressif sévère, un état de stress post-traumatique et un trouble douloureux post-traumatique. Elle a notamment rapporté des désirs de mort à l'évocation de l'accident, des cauchemars répétitifs, une tendance à l'évitement, un repli très sévère, une restriction des affects, une très grande irritabilité et des troubles mnésiques majeurs en rapport avec d'importantes difficultés de concentration. L'expertise du Centre hospitalier G._____ du 31 mars 2008 mentionnait les diagnostics d'état de stress post-traumatique sévère suite à l'accident du 30 janvier 2005, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis le printemps 2005 et de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis février 2005. Il était indiqué que l'accident avait provoqué une rupture de l'équilibre psychique et physique de la recourante avec apparition d'un état dépressif sévère surajouté à l'état de stress post-traumatique. Les experts du centre K._____ SA ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif modéré sans syndrome somatique, précisant qu'ils n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. Ils ont expliqué que ces troubles auraient existé sans l'accident car il y avait chez l'intéressée d'autres éléments intercurrents, notamment la difficulté à accepter l'autonomisation de ses enfants, les conflits de couple et l'insatisfaction sur les plans personnels et professionnels. Ils ont écarté le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique retenu par la Dresse W._____ et les experts du Centre hospitalier G._____ dès lors que la recourante ne conservait aucun souvenir de l'accident et qu'elle ne présentait ainsi pas de réminiscences ni de réviviscences, les cauchemars ne mettant pas en scène l'accident dont elle avait été victime. De plus, ils ont constaté que la

recourante ne présentait pas la symptomatologie caractéristique de l'état de stress post-traumatique et que l'événement ne correspondait pas aux exigences de la CIM-10, selon laquelle ce trouble constitue une réponse différée ou prolongée à une situation ou à un événement stressant (de courte ou de longue durée), exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus. Ils ont également relevé que l'intéressée avait pu reprendre la conduite, même si elle conservait une certaine appréhension lorsqu'elle conduisait.

L'expertise pluridisciplinaire du Dr R._____, qui contient notamment un volet psychiatrique effectué par le Dr F._____, a été mise en œuvre dans le cadre d'un litige en matière de responsabilité civile impliquant Y._____ SA. L'intimée n'y a donc pas participé alors que la question de la causalité y est expressément discutée. Cette expertise avait pour finalité de répondre essentiellement aux allégués soumis à expertise, à savoir « les diagnostics posés par le Centre hospitalier G._____ en 2008 restent valables » et « l'incapacité de travail totale, soit son invalidité, est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 31 janvier 2005. » Or, l'expertise du Centre hospitalier G._____ du 31 mars 2008 concerne uniquement les troubles psychiatriques de la recourante, sans examen orthopédique ni neurologique ; les experts du Centre hospitalier G._____ n'étaient pas mandatées pour se prononcer sur l'origine accidentelle ou non des troubles ressentis, mais sur l'existence et l'ampleur de l'incapacité de travail, conformément au mandat de l'OAI. Partant, le mandat des experts dans le cadre du litige en matière de responsabilité civile était limité et se fondait sur une expertise qui n'avait pas pour vocation de répondre à la question de la causalité.

Le Dr F._____, dans son rapport du 24 novembre 2014, a diagnostiqué trois affections, soit une dépression chronique, actuellement d'intensité d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un état de stress post-traumatique à la symptomatologie lentement régressive et actuellement d'intensité faible, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a retenu que l'accident avait été

vécu par la recourante comme traumatisant, avait mené à des douleurs chronifiées qui étaient devenues par la suite un syndrome douloureux somatoforme et avait provoqué un état de stress post-traumatique, dont l'évolution, actuellement légère, avait abouti à une dépression. Selon cet expert, l'intéressée est donc invalide et inapte à tout travail suite à sa dépression et à son trouble douloureux somatoforme persistant, l'état de stress post-traumatique ne jouant plus de rôle actuellement. En ce qui concerne les diagnostics posés par le Dr F. _____, on peut relever qu'il fait état d'une symptomatologie dépressive depuis l'accident, soit en particulier des troubles du sommeil, des cauchemars, une fatigue, une irritabilité, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Il a exposé que la recourante présentait lors de son expertise une symptomatologie remplissant les critères d'un épisode dépressif sévère, convenant toutefois que l'intensité de l'épisode dépressif pouvait varier dans le temps, de sorte qu'il ne voyait pas de contradiction avec le symptôme dépressif moyen retenu par les experts du centre K. _____ SA.

Contrairement aux experts du centre K. _____ SA, le Dr F. _____ a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il a relevé que lors de son examen, la recourante décrivait une symptomatologie actuellement relativement légère, mais toujours présente, typique d'un état de stress post-traumatique. Elle décrivait notamment une hypervigilance au volant et une anxiété diffuse en se trouvant dans la circulation, de brefs moments d'anxiété lorsqu'elle était confrontée à des images d'accident ou à des bruits d'accident. L'argument principal niant la présence d'un tel trouble par les experts du centre K. _____ SA en 2010 est le fait que l'intéressée présente une amnésie pour une grande partie de son accident de 2005. Effectivement, il est impossible de présenter un état de stress post-traumatique pour des événements pour lesquels aucune trace de mémoire ne persiste. Toutefois, ceci n'a jamais été postulé chez l'expertisée selon le Dr F. _____. Il a dès lors retenu une amnésie antérograde de 10 heures pour les événements après l'accident et non une amnésie rétrograde (c'est-à-dire de l'accident lui-même), tout en admettant que cela restait relativement vague 9 ans après les événements et qu'une commotion

cérébrale telle que présentée par la recourante provoquait uniquement une amnésie rétrograde. Il a précisé à cet égard que l'intéressée ne s'était pas sentie bien soignée en Autriche (se plaignant notamment des grandes difficultés à communiquer avec le personnel soignant et du fait d'avoir été « trimballée » entre différents hôpitaux), mais également négligée et mise de côté par la suite, n'étant que progressivement informée sur ses blessures, ce qui avait aggravé son stress post-traumatique. Le raisonnement du Dr F. _____ est toutefois erroné. Certes, la recourante n'a pas toujours été constante dans ses déclarations parlant une fois d'une amnésie et de souvenirs dont elle ne se souvenait pas si elle les avait vécus ou s'ils lui avaient été racontés par la suite, et une autre fois d'une perte de connaissance de 10 heures avec réveil à l'hôpital. On constate toutefois (cf. également l'expertise du Centre hospitalier G. _____ du 31 mars 2008) qu'elle a effectivement subi une amnésie quant aux circonstances de l'accident, ne se souvenant que des phares et du bruit de l'impact, qui a perduré par la suite durant 10 heures. Partant, les conclusions des experts du centre K. _____ SA paraissent plus convaincantes quant à l'absence d'un état de stress post-traumatique. On relèvera par surabondance que même si la recourante avait présenté un état de stress post-traumatique durant les quelques mois qui ont suivi l'accident, celui-ci n'a pas été en soi invalidant, puisqu'elle a pu reprendre la conduite, avec une légère anxiété lorsque des phares ou un poids-lourd s'approchent de sa voiture.

En ce qui concerne le lien de causalité entre le syndrome douloureux somatoforme persistant et l'accident, le Dr F. _____ a expliqué que l'état de stress post-traumatique avait évolué vers une dépression, qui avait contribué à la chronicisation du problème douloureux, qui s'était par la suite intensifié et étendu en devenant un syndrome douloureux somatoforme. Il s'éloigne ainsi de l'appréciation des experts du centre K. _____ SA qui avaient mis le syndrome douloureux somatoforme en lien avec une conflictualité intrapsychique et intrapersonnelle, notamment une insatisfaction de vie liée à des problèmes de travail, ainsi qu'une peur de l'autonomisation de ses enfants. Si le Dr F. _____ convient que ces facteurs - hors accident - ont

contribué à l'évolution du trouble, on constate toutefois que les déclarations de l'intéressée à cet expert ne correspondent pas à celles faites pour la première fois aux experts du centre K._____ SA (elle se dit contente que son fils aîné ait quitté le foyer, elle souhaiterait également que sa fille les quitte même si elle profite de sa présence, alors qu'auparavant, elle avait déclaré aux experts du centre K._____ SA qu'elle s'était rendue compte avec tristesse, quelques temps après son accident, alors qu'elle allait mieux, que chacun des membres de sa famille avait repris une certaine autonomie) et ne correspondent pas dans les faits à la réalité (fille très présente qui soutient physiquement et financièrement sa mère et qui l'accompagne lors de ses examens médicaux). En outre, le Dr F._____ a exposé que jusqu'au jour avant l'accident, la recourante gérait toute cette problématique (difficultés à trouver du travail, insatisfaction personnelle et autonomisation de ses enfants) ainsi que le stress supplémentaire de devoir s'adapter à une nouvelle culture sans en être malade. Or, un tel raisonnement est de type « *post hoc ergo propter hoc* » (cf. *supra* consid. 4c) et est manifestement insuffisant pour établir un rapport de causalité naturelle entre une atteinte à la santé et un accident assuré. Il en va de même de l'état dépressif lorsque le Dr F._____ retient que la dépression de l'expertisée, « jamais dépressive avant son accident », est donc « clairement en lien de causalité naturelle avec l'accident ». En outre, l'explication de cet expert selon laquelle « sans l'accident, elle aurait peut-être pu maintenir son équilibre psychique et un tel trouble ne se serait jamais produit » démontre que le lien de causalité naturelle entre l'accident et le développement des troubles psychiques de la recourante ne peut être établi avec le degré de vraisemblance requis. De même, on ne retiendra pas les considérations juridiques du Dr F._____ sur la causalité adéquate.

Dans ces conditions, il convient de retenir l'avis probant et circonstancié des experts du centre K._____ SA, selon lequel les affections psychiatriques de la recourante ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident.

d) Cela étant, compte tenu de l'ensemble des circonstances du cas, soit du traumatisme crânio-cérébral et cervical subi par la requérante, de l'absence de déficit fonctionnel organique et du tableau clinique présenté par celle-ci (cervicalgies, paresthésies diffuses dans les quatre membres prédominant au niveau du bras droit, vertiges, fatigabilité, troubles du sommeil avec des cauchemars, troubles de la sensibilité, de la mémoire de la concentration, grande irritabilité, tendance à l'évitement, repli très sévère, restriction des affects, dépression), l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail de l'intéressée pourrait être reconnue en application de la jurisprudence relative aux lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique (*cf. supra* consid. 4d). Cette question peut néanmoins demeurer indéterminée dès lors que le lien de causalité adéquate doit être nié conformément à ce qui suit.

7. a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel 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 les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, lors d'un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa (TFA U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 2).

b) Concernant la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9). Il est nécessaire, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité.

c) Il faut donc d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, 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 (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

aa) Selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C_182/2009 du 8 décembre 2009). Ont été qualifiés d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, une perte de maîtrise sur l'autoroute à la suite de l'éclatement d'un pneu alors que le véhicule roule à 95 km/h et qu'il y a immobilisation sur le toit (TFA U 161/01 du 25 février 2003), un accident dans un tunnel ayant impliqué trois véhicules et ayant fait un mort (RAMA 1999, p. 207), une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98 ; ATAS/152/2006 du 16 février 2006), ainsi qu'une collision frontale entre deux véhicules à laquelle a succédé un choc avec une troisième voiture, accident au cours duquel l'assuré a subi diverses blessures, dont la mère a eu des côtes fracturées et dont le père est décédé au cours d'une opération consécutive à l'accident (exemples cités dans l'arrêt TF U_307/06 du 14 février 2007 consid. 4.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a également qualifié de moyen à la limite de la gravité un accident dans lequel le frère de l'assuré a été tué après une collision frontale provoquée par un conducteur ivre ; à l'occasion de cet accident, hormis l'assuré, les autres passagers du véhicule et le conducteur fautif n'ont pas été grièvement blessés. A été qualifiée de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U_145/94 du 15 décembre 1994).

bb) En l'occurrence, conduisant un minibus sur une autoroute, la recourante a été percutée par l'arrière par un camion roulant à environ 90 km/h, soit 10 km/h de plus qu'elle. Son véhicule a été projeté vers la droite sur un talus à côté de la bande d'arrêt d'urgence, où il s'est

immobilisé sur ses quatre roues. Un des trois passagers a subi des blessures graves, les deux autres n'ayant subi que de légères blessures.

Au vu du déroulement de l'accident et des exemples jurisprudentiels précités, force est de constater que l'accident du 30 janvier 2005 était de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'atteint pas la catégorie des accidents à la limite des accidents graves (cf. TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.1 et les références citées).

d) Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 109), il convient dans un tel cas de se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci.

En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité, selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique.

e) Lorsque - comme en l'espèce - les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 ; ATF 115 V 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait

secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 465 p. 437 consid. 3b), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 ; TF 8C_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

Les critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa).

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 ; TF 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 et les références citées).

f) En l'espèce, aucun des critères susmentionnés n'est réalisé.

aa) La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Il a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel, d'un carambolage de masse sur l'autoroute, ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager. Il a par ailleurs été nié dans plusieurs cas de traumatismes crâniens avec perte de connaissance consécutifs à une chute (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.2 et les références citées).

Objectivement considéré, l'événement du 30 janvier 2005 tel que décrit ci-dessus (*cf. supra* consid. 7c/bb) n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant au regard des exemples précités.

bb) Les lésions physiques subies (commotion cérébrale, fracture non déplacée du condyle occipital droit, diplopie lié à une parésie du 4^e nerf crânien gauche) n'ont pas été d'une gravité ou d'une nature particulière dès lors qu'elles ont connu une évolution favorable et qu'aucune lésion neurologique ou ophtalmologique significative n'a été mise en évidence. En outre, ces lésions n'étaient pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (pour la casuistique *cf.* TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2, publié *in* SVR 2013 UV n° 3 p. 7).

cc) Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder

ce critère (TF 8C_383/2013 du 1^{er} avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées).

En l'occurrence, le traitement des lésions somatiques objectivables résultant de l'accident n'a pas été particulièrement long. Le Dr R._____ a relevé que l'IRM du 17 juin 2005 démontrait une consolidation complète de la fracture du condyle et l'examen neurologique du 22 juillet 2005 du Dr P._____ était normal. Par ailleurs, les traitements entrepris dès avril 2009 auprès la Dresse T._____ afin de lutter contre les douleurs (physiothérapie, médicaments, infiltrations) ne suffisent pas à fonder ce critère.

dd) Les douleurs physiques n'ont pas été importantes sans interruption dès lors que la Dresse T._____ indiquait dans son rapport du 23 février 2010 une diminution des douleurs et une disparition des flashes décrits à la base du crâne et dans la nuque. Surtout, il ressort notamment du rapport du Dr P._____ du 22 juillet 2005, de l'expertise du centre K._____ SA du 11 mars 2011 et de l'expertise multidisciplinaire du 28 avril 2015 que les douleurs ne sont expliquées par aucune atteinte physique objective.

ee) Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation des séquelles de l'accident, ce que la recourante ne prétend d'ailleurs pas.

ff) Il n'y a pas eu de difficultés ou de complications importantes lors de la guérison des atteintes physiques liées à l'accident, les experts de 2015 décrivant une fracture assez banale ayant évolué favorablement et les difficultés apparues au cours de la guérison étant en relation avec des facteurs psychosociaux indépendants de cet événement.

gg) Enfin, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas réalisé. Celles-ci ont connu une bonne évolution et il ressort de l'expertise multidisciplinaire précitée, d'une part, que les expertises neurologique, ophtalmologique et

orthopédique n'ont pas démontré d'affection somatique reliée à l'accident engendrant une incapacité de travail et, d'autre part, que l'incapacité de travail est due à des affections psychiques.

g) Compte tenu de ce qui précède, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les atteintes à la santé de la recourante et l'événement accidentel du 30 janvier 2005 doit être niée.

Partant, c'est à bon droit que l'intimée a considéré que la recourante n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-accidents.

h) On relèvera enfin que le changement de jurisprudence dans le domaine de l'assurance-invalidité relative aux syndromes douloureux somatoformes et aux affections psychosomatiques comparables selon l'ATF 141 V 281 vaut par analogie lorsqu'il y a lieu d'examiner le droit à une rente de l'assurance-accidents obligatoire en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique dont la relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré a été admis, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

8. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient finalement pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 10 mars 2014 par D. _____ Assurances SA est confirmée.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Cornelia Seeger Tappy (pour H. _____)
- Me Jean-Michel Duc (pour D. _____ 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).

Le greffier :