

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 juillet 2018

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Neu et Mme Pasche, juges
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

V._____, à **K.**_____, recourante, représentée par Me François Berger,
avocat à Neuchâtel,

et

AXA ASSURANCES SA, à Winterthour (ZH), intimée, représentée par Me
Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1965, travaillait en tant qu'aide familiale auprès de H._____, une organisation d'aide à domicile. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès d'Axa Assurances SA (ci-après : Axa ou l'intimée). En date du 20 octobre 2003, elle a été victime d'un accident de la circulation, ayant entraîné un traumatisme d'accélération et de décélération : alors que la voiture de l'assurée était arrêtée à une présélection, le conducteur d'une automobile, momentanément inattentif, n'a pas remarqué qu'elle était à l'arrêt, si bien qu'il l'a percutée par l'arrière, ce qui a propulsé l'automobile de l'assurée 10 m en avant, provoquant une collision avec un troisième véhicule arrivant en sens inverse. L'assurée a été hospitalisée à Q._____ du 20 au 21 octobre 2003 pour traitement et surveillance. Elle s'est ensuite présentée à l'hôpital le 30 octobre 2003 en raison de céphalées et de vertiges puis a été hospitalisée au Service d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale de l'Hôpital de Q._____ jusqu'au 2 décembre 2003. Le diagnostic principal de contusion sévère du labyrinthe droit et contusion moyenne du labyrinthe gauche a été posé, avec pour diagnostic secondaire celui de troubles des fonctions labyrinthiques (avis de sortie du 8 décembre 2003).

Dans un rapport du 20 janvier 2004, le Dr S._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale, a posé le diagnostic de contusion labyrinthique bilatérale, céphalées post-traumatiques et syndrome de stress post-traumatique et a indiqué que le pronostic était réservé. Entre le 9 et le 15 février 2006, l'assurée a séjourné à l'Hôpital de Q._____ en raison d'une recrudescence de céphalées et de vertiges. En date du 21 avril 2006, le Dr O._____, spécialiste en neurologie, a fait état d'une nouvelle aggravation des vertiges et des céphalées depuis la fin du mois de décembre.

L'assureur-accidents a adressé V._____ en vue d'une expertise au Dr J._____, spécialiste en neurologie, qui a notamment posé

- en date du 4 octobre 2006 - le diagnostic de discret syndrome cervical séquellaire, cervicalgies cervicogéniques et migraines séquellaires à l'accident de 2003, avec traumatisme crânien et syndrome cervical aigu lors de son installation ; séquelles de contusion labyrinthique bilatérale et atteinte otolitique à prédominance droite sévère (conséquence du traumatisme d'octobre 2003) ; commotion du nerf vestibulaire droit ; troubles de l'accommodation (et discret S.D.P.) oculaire séquellaires au traumatisme (octobre 2003) ; polyneuropathie à caractère sensitif aux membres inférieurs et supérieur gauche progressive, en investigation, probablement séquellaire à une gammopathie ; séquelle d'atteinte iatrogène du nerf obturateur à droite (1998) ; syndrome des jambes sans repos et asthme. Ce praticien a considéré qu'en l'état actuel des connaissances, l'accident était plutôt une cause certaine ou vraisemblable (à plus de 50%) pour la contusion labyrinthique bilatérale prédominante à droite, le syndrome cervical, les céphalées cervicogéniques et les troubles de l'accommodation oculaire. Si l'évolution de l'atteinte ORL avait probablement été influencée par la neuropathie périphérique, les éléments et observations à disposition permettaient cependant de trancher entre cause traumatique et non traumatique. Le Dr J._____ a estimé qu'en tenant compte des seuls facteurs traumatiques en relation avec l'accident de 2003, une incapacité de travail de l'ordre de 30% pouvait être admise en qualité de femme de ménage. Quant à l'atteinte à l'intégrité corporelle, elle pouvait être considérée comme évidente et durable avec récurrence prévisible et correspondait à 40% de perte d'intégrité.

Dans un rapport médical du 14 avril 2010, le Dr S._____ a posé le diagnostic de déficit vestibulaire bilatéral et a indiqué qu'une polyneuropathie des membres inférieurs, sans rapport avec l'accident, jouait un rôle dans l'évolution du cas.

Mandaté par l'assureur-accidents, le Centre d'expertise médicale T._____ a rendu un rapport d'expertise interdisciplinaire en date du 15 février 2012. Les experts ont posé comme diagnostic un status après distorsion cervicale simple de degré 2 selon la Québec Task Force et

probable contusion labyrinthique bilatérale (20 octobre 2003), des cervico-céphalalgies et sensations vertigineuses actuellement sans substrat somatique et tout particulièrement sans relation de causalité probable avec l'événement accidentel du 20 octobre 2003, une atteinte polyneuropathique sensitive des membres inférieurs en relation vraisemblablement avec une gammopathie. Les experts ont considéré que les plaintes actuelles et les constatations effectuées lors du présent bilan n'étaient pas en relation de causalité naturelle probable ou certaine avec l'accident du 20 octobre 2003. S'agissant des cervico-céphalalgies, il n'y avait pas d'affection étrangère à l'événement accidentel documentable. En ce qui concerne les troubles sensitifs au niveau des membres inférieurs, le bilan pratiqué préalablement par le Dr O. _____ avait démontré l'existence d'une polyneuropathie liée vraisemblablement à une gammopathie, d'apparition et d'évolution indépendante de l'événement accidentel et n'ayant pas été influencée par ce dernier. Les experts ont considéré que l'examen otoneurovestibulaire pratiqué par le Dr Z. _____ était compatible avec un manque d'information sensorielle lié à la polyneuropathie plus qu'à des séquelles d'atteintes labyrinthiques. En conclusion, ils ont estimé que dans le cours ordinaire des choses, les conséquences de l'accident du 20 octobre 2003 s'étaient épuisées après une période de deux à trois ans faisant suite à ce dernier.

Par décision du 3 mai 2012, confirmée sur opposition le 26 juillet 2012, Axa s'est fondée sur l'expertise du Centre d'expertise médicale T. _____ pour mettre un terme à ses prestations au 20 octobre 2006. Elle a considéré qu'il n'y avait pas lieu de se référer à l'expertise du Dr J. _____, seule celle du Centre d'expertise médicale T. _____ s'avérant convaincante. Selon elle, il n'existait aucune raison suffisante de s'écarter des conclusions de cette expertise pluridisciplinaire.

Statuant par arrêt du 22 mai 2013 sur le recours de l'assurée, la Cour de droit public du Tribunal cantonal neuchâtelois a annulé la décision sur opposition du 26 juillet 2012 et renvoyé le dossier à Axa afin qu'elle mette en œuvre une surexpertise. Elle a estimé qu'il existait sur les points déterminants du litige une contradiction trop importante entre les

experts pour que les conclusions de l'un ou des autres puissent emporter sa conviction.

B. Plutôt qu'une surexpertise pluridisciplinaire, Axa a mandaté, dans le courant de l'année 2014, trois médecins spécialistes aux fins de procéder à l'examen de l'assurée.

a) Dans son rapport du 28 février 2014, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a retenu le diagnostic incapacitant de polyneuropathie sensitive et proprioceptive aux membres inférieurs, existant probablement depuis 2001. Sans répercussion sur la capacité de travail, il a posé le diagnostic de céphalées de tension, existant depuis 2003. En ce qui concerne la symptomatologie vertigineuse, il a rappelé l'existence d'une contusion de l'oreille interne, ou contusion labyrinthique, survenue ensuite de l'accident du 20 octobre 2003 documentée par divers examens. Il a toutefois considéré qu'elle était probablement guérie à partir d'octobre 2004. Les examens neuro-otologiques effectués en novembre 2011 s'étaient révélés normaux et permettaient d'attester l'absence d'atteinte vestibulaire périphérique. Le tableau clinique subjectif était stable depuis juin 2004. Au jour de l'examen, la symptomatologie vertigineuse se caractérisait surtout par une instabilité, ce qui était l'expression d'une polyneuropathie sensitive et proprioceptive, présente sur le plan clinique et documentée sur le plan électrophysiologique. Les anomalies à l'examen posturographique effectué en novembre 2011 étaient également compatibles avec une ataxie proprioceptive, survenant dans le cadre de la polyneuropathie. S'agissant des céphalées et cervicalgies, l'assurée a rapporté à l'expert des céphalées discrètes, à caractère constrictif, compatibles avec des céphalées de tension. Elle présentait par ailleurs un status après un traumatisme crânio-cérébral mineur ainsi qu'un traumatisme cervical indirect de degré II selon la Québec Task Force le 20 octobre 2003, ayant entraîné une contusion labyrinthique à prédominance droite. Subjectivement, la situation s'était stabilisée à partir de juin 2004. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, le Dr N._____ a considéré que le statu quo sine avait été atteint une année après l'événement assuré, à savoir au 20 octobre 2004.

Tout en admettant une diminution de rendement de 25% en raison de la polyneuropathie, il était d'avis que la capacité de travail en tant qu'aide familiale était entière à compter du 20 octobre 2004. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité.

b) Le 11 mars 2014, l'assurée a fait l'objet d'un examen otoneurologique, réalisé par le Dr F._____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie et chirurgie cervico-faciale. Dans son rapport du 1^{er} avril 2014, il a posé pour seul diagnostic - avec répercussion sur la capacité de travail - celui de déficit vestibulaire bilatéral, sous-compensé, existant probablement depuis l'accident. Il a relevé que les examens vestibulaires réalisés en 2003, 2006 et 2011 ainsi que dans le cadre de son expertise, s'étaient révélés concordants : la réponse aux stimulations de basses fréquences (examen calorique et examen pendulaire) étaient faibles des deux côtés. Les tests de la fonction otolitique et de la fonction canalaire aux hautes fréquences étaient dans les normes. Il en allait de même de l'IRM cérébrale réalisée le 28 décembre 2009 (absence de déhiscence, d'inflammation, de malformation). Le Dr F._____ a encore indiqué que l'électronystagmographie effectuée dans le cadre de l'expertise n'avait mis en évidence aucun nystagmus spontané, ce qui témoignait d'une compensation centrale du déficit vestibulaire. Cependant, le nystagmus vers la droite avait réapparu après head shaking, et lors de la stimulation vibratoire mastoïdienne. Le processus de compensation n'était donc pas complet, ce qui expliquait la persistance des symptômes d'instabilité. En ce qui concerne le déficit vestibulaire consécutif au traumatisme crânien subi, le Dr F._____ a relevé que, dans le cas de l'assurée, il s'agissait d'un déficit bilatéral et qu'il convenait dans ce contexte d'évoquer les autres causes possibles de déficit vestibulaire bilatéral (atteinte ototoxique, atteinte auto-immune, tel le syndrome de Cogan, malformation des oreilles internes, déhiscence du canal semi-circulaire antérieur). En conclusion, il a considéré que, sur le plan otoneurologique, la relation de causalité était vraisemblable (à plus de 50%) entre l'accident subi et les troubles présentés. La présence d'un nystagmus spontané constaté le lendemain du traumatisme crânien constituait un élément important en faveur de l'existence d'un lien de causalité. Il a enfin estimé

que le cas était stabilisé depuis le 20 octobre 2004 et que la capacité de travail en tant qu'aide familiale était de 80% à compter de cette date avec une diminution de rendement de 25%. L'atteinte à l'intégrité s'élevait à 10%.

c) Le 14 mai 2014, l'assurée a été examinée par le Dr X._____, spécialiste en médecine interne et rhumatologie. Dans son rapport du 19 mai 2014, il a retenu les diagnostics - sans répercussion sur la capacité de travail - de cervicalgies mécaniques sur troubles dégénératifs modérés évoluant, selon l'anamnèse, depuis 2003 et de status post distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force survenue le 20 octobre 2013 (recte : 2003). En comparant les descriptifs des deux examens d'IRM cervicale pratiqués en décembre 2003 et en novembre 2011, il a constaté qu'aucun élément traumatique n'avait été décrit dans les suites immédiates de l'accident survenu en octobre 2003. Il existait déjà une cervicarthrose modérée, n'ayant guère évolué depuis lors. Selon ce médecin, ces découvertes d'imagerie étaient en lien avec l'âge de la patiente et n'étaient pas imputables à l'accident. L'absence de progression de ses troubles dégénératifs soulignait l'absence d'élément péjoratif à ce niveau lié à l'accident survenu en octobre 2003. Le Dr X._____ a par ailleurs relevé que l'assurée avait été victime d'une distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force, indiquant à cet égard que les manifestations cliniques en lien avec ce traumatisme de distorsion cervicale sous la forme de cervicalgies dans leur cours ordinaire, s'étaient épuisées après environ trois ans d'évolution. S'agissant de la capacité de travail, l'expert a considéré qu'elle était complète dans l'activité d'aide familiale, sans diminution de rendement. Il a précisé que le taux d'activité de 70% de l'assurée dans sa profession semblait lui convenir. Il n'y avait pas d'atteinte à l'intégrité.

d) Invité à se prononcer sur ces trois expertises, le Dr W._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil auprès d'Axa, s'est exprimé comme suit dans sa prise de position du 4 février 2015 :

« Les questions qui se posent sont en rapport avec les diagnostics définitifs. S'agissant d'un traumatisme crânio-cérébral, celui-ci n'a pas été accompagné de perte de connaissance. Il n'a pas été constaté de lésion organique cérébrale, si bien que de ce point de vue, il ne peut s'agir que d'un traumatisme crânio-cérébral léger appelé encore « *Mild Traumatic Brain Injury* » ou MTBI.

Il a été déclaré une contusion labyrinthique mais cependant sans objectivation, par exemple radiologique d'une lésion organique concernant le vestibule ou la cochlée.

D'ailleurs, le Dr F. _____ confirme qu'il n'y a pas de lésion, précisant même que l'IRM du 28.12.2009 est normale. Nous avons donc à faire à une symptomatologie sans substrat organique, même si un déficit vestibulaire peut évidemment accompagner un traumatisme crânien. Le *nystagmus* et le vertige constituent donc ainsi une atteinte à la santé cliniquement perceptible mais qui ne repose pas sur un substrat organique au sens d'une altération structurelle. »

e) Par décision du 9 avril 2015, Axa a mis un terme au versement de ses prestations au 20 octobre 2004, considérant que le statu quo avait été atteint au plus tard à cette date. En ce qui concerne le lien de causalité naturelle, Axa a rappelé que, depuis octobre 2004, les seules lésions présentées par l'assurée étaient un déficit vestibulaire ainsi que des céphalées de tension. Seul le Dr F. _____ a considéré que ces atteintes étaient en lien de causalité naturelle avec l'accident du 20 octobre 2003 jusqu'à la stabilisation du cas survenue une année plus tard. S'agissant du lien de causalité adéquate, Axa a rappelé que son médecin-conseil avait retenu l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral léger. Après avoir distingué les trois catégories d'atteintes à la santé en matière de traumatisme crânio-cérébral suivant leur degré de gravité, elle a retenu que l'événement accidentel du 20 octobre 2003 devait être rangé dans la catégorie des accidents bénins à la limite des accidents de gravité moyenne et qu'aucun des critères jurisprudentiels déterminants pour l'examen de la causalité adéquate n'était réalisé.

L'assurée s'est opposée à cette décision en date du 7 mai 2015. Tout en contestant les conclusions des expertises réalisées en 2014, elle a fait valoir que les troubles perdurant postérieurement au 20 octobre 2004 étaient en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 20 octobre 2003.

Par décision sur opposition du 28 juillet 2015, Axa a rejeté l'opposition formée par l'assurée. Elle a précisé que l'accident litigieux pouvait objectivement être qualifié « d'accident de gravité moyenne à la limite de la banalité ».

C. Par acte du 1^{er} septembre 2015, V. _____ a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et au versement de prestations d'assurance, sous la forme d'une rente d'invalidité de 30% dès le 21 octobre 2004, d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 30% ainsi que des frais de traitement en relation avec l'accident du 20 octobre 2003. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à Axa pour complément d'instruction et nouvelle décision.

Dans un grief de nature formelle, la recourante se plaint de n'avoir pris connaissance de l'avis du Dr W. _____ du 4 février 2015 qu'à réception de la décision du 9 avril 2015, ce qui l'aurait privée de la possibilité de proposer des questions en vue de la mise en œuvre d'une expertise neutre. Sur le fond, la recourante critique le résultat des expertises réalisées en 2014 par les Drs N. _____, X. _____ et - dans la mesure où elle lui est défavorable - F. _____, estimant qu'il convient de préférer à ces appréciations les prises de position du Dr J. _____ de 2006 et celles des Drs D. _____ et Y. _____, respectivement médecin associé et chef de clinique au Service de neurologie de l'Hôpital G. _____, datant de 2012. Elle expose que, dans leurs rapports des 29 juin 2012 et 29 août 2012, ces médecins ont posé les diagnostics incapacitants suivants : persistance de vertiges subjectifs, sans anomalie objective, séquellaire d'une contusion labyrinthique bilatérale ; céphalées cervicogéniques post traumatiques et polyneuropathie axonale sensitivomotrice probablement en lien avec une gammopathie. Selon les médecins de l'Hôpital G. _____, ces troubles seraient imputables à l'accident du 20 octobre 2003. La recourante en déduit que le lien de causalité naturelle est ainsi établi. En ce qui concerne le lien de causalité adéquate, elle ne conteste pas le fait que l'accident subi soit de gravité moyenne, tout en estimant qu'il ne

saurait se situer à la limite d'un cas bénin. Elle est en outre d'avis que plusieurs des critères jurisprudentiels topiques sont réalisés, de sorte qu'il convient d'admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 20 octobre 2003 et les troubles perdurant après le 20 octobre 2006. Elle propose la mise en œuvre d'une expertise complémentaire sur le plan oto-rhino-laryngologique, éventuellement neurologique, au cas où la Cour de céans l'estimerait opportun.

Dans sa réponse du 2 novembre 2015, Axa a conclu au rejet du recours. Elle relève que, dans la mesure où, dans son arrêt du 22 mai 2013, le Tribunal cantonal neuchâtelois a considéré que les pièces médicales au dossier n'emportaient pas la conviction, il n'y avait pas lieu de s'en prévaloir dans le cadre de la présente procédure. Cela étant, il ressort des expertises effectuées en 2014 que la recourante présente depuis 2004 un déficit vestibulaire et des céphalées de tension. Seul le Dr F. _____ a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle entre ces atteintes et l'accident du 20 octobre 2003. Or, l'examen de l'ensemble des éléments médicaux ne permet pas d'admettre que le déficit vestibulaire ouvrirait le droit aux prestations, en raison de l'absence de substrat organique, au sens d'une altération structurelle. En outre, même si les experts ont admis l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral mineur, des réserves subsistaient quant au possible développement d'un syndrome post-commotionnel persistant. Quant aux autres affections, elles n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident de 2003, respectivement le statu quo avait été atteint au plus tard le 20 octobre 2004. S'agissant du lien de causalité adéquate, Axa réaffirme que l'accident subi par la recourante doit être considéré comme étant de gravité moyenne. De plus, aucun des critères déterminants posés par la jurisprudence n'est en l'occurrence réalisé.

Dans le cadre de l'échange d'écritures subséquent, les parties ont déclaré maintenir leurs conclusions respectives (réplique du 23 mars 2016 et duplique du 17 octobre 2016).

Le 23 mars 2017, la recourante a informé le tribunal avoir été engagée à compter du 1^{er} mai 2017 en qualité d'auxiliaire polyvalente auprès de la Fondation P._____ au taux de 60%. Elle en a ainsi inféré que l'on ne saurait objectivement exiger d'elle un taux supérieur à 60%. Elle a joint le contrat de travail y afférent.

Par pli du 21 avril 2017, Axa a rappelé la jurisprudence selon laquelle la légalité des décisions attaquées s'apprécie d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Elle a par ailleurs fait observer que le contrat de travail produit ne faisait qu'indiquer les modalités d'engagement de la recourante sans que la diminution de son taux d'activité - laquelle pouvait au demeurant relever de considérations de confort personnel - puisse remettre en cause l'instruction médicale réalisée. Elle a déclaré maintenir l'intégralité de ses conclusions.

La recourante a déclaré persister dans les conclusions de son recours (courriers des 24 mai 2017 et 29 novembre 2017).

E n d r o i t :

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

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui 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 à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile – compte tenu de la suspension du délai durant les fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA) – auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. a) Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 20 octobre 2004, singulièrement le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 20 octobre 2003.

b) On précisera que les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification) [RO 2016 4388]).

3. a) Dans son recours, V._____ fait valoir qu'elle n'a pris connaissance de l'appréciation du Dr W._____ du 4 février 2015 qu'à réception de la décision du 9 avril 2015 et qu'elle n'a ainsi pas été en mesure de proposer des questions et contre-questions en vue de la mise en œuvre d'une expertise neutre.

b) L'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) garantit aux parties à une procédure

judiciaire ou administrative le droit d'être entendues (cf. également dans le cadre des procédures devant les assureurs sociaux, l'art. 42 LPGA).

La jurisprudence en a déduit, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 III 48 consid. 4.1.1 ; 141 V 557 ; 136 I 265 consid. 3.2 et les références citées). Une condition nécessaire du droit de consulter le dossier est que l'autorité, lorsqu'elle verse au dossier de nouvelles pièces dont elle entend se prévaloir dans son jugement, soit tenue d'en aviser les parties (ATF 132 V 387 consid. 3.1 ; 128 V 272 consid. 5b/bb ; 115 V 297 consid. 2a). Les intéressés doivent ainsi être informés lorsque de nouvelles pièces essentielles, qu'ils ne connaissent pas et ne peuvent pas non plus connaître, sont ajoutées au dossier (ATF 132 V 387 consid. 6.2 et les références citées).

Le droit de consulter le dossier, en tant que condition à l'exercice du droit d'être entendu, est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit en principe entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond, sous la seule réserve des cas où la violation du droit d'être entendu n'est pas d'une gravité particulière et où la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen (ATF 135 I 279 consid. 2.6.1 ; 132 V 387 consid. 5.1 ; 127 V 431 consid. 3d/aa ; 126 I 68 consid. 2 ; 126 V 130 consid. 2b ; 106 la 73 consid. 2 et les références citées). Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'à titre exceptionnel (ATF 137 I 195 consid. 2.3.2 ; 135 I 279 consid. 2.6.1).

c) L'art. 47 al. 1 LPGA précise, pour les procédures menées par les assureurs sociaux, les modalités de consultation du dossier de l'assureur. Le premier alinéa énumère ceux qui ont le droit de consulter le dossier, en soumettant toutefois la consultation à la condition que les

intérêts privés prépondérants soient sauvegardés. Ainsi, l'assuré bénéficie de ce droit pour les données qui le concernent (let. a). Quant aux parties, elles ne peuvent consulter le dossier que s'agissant des données qui leur sont nécessaires pour exercer un droit ou remplir une obligation qui découle d'une loi sur les assurances sociales ou pour faire valoir un moyen de droit contre une décision fondée sur cette même loi (let. b).

d) En sa qualité d'assurée, la recourante avait la possibilité de faire usage de la faculté prévue à l'art. 47 al. 1 let. a LPGA au stade de la procédure administrative déjà. Il lui était par conséquent loisible de demander production du dossier dès réception de la décision du 9 avril 2015. Au demeurant, quand bien même la prise de position du Dr W. _____ du 4 février 2015 ne lui a été transmise qu'au moment de l'envoi de la décision du 9 avril 2015, une éventuelle violation de son droit d'être entendue en rapport avec la consultation de son dossier a été réparée puisque l'assurée a eu connaissance de l'ensemble des éléments de son dossier et a été invitée à se déterminer sur ceux-ci devant l'autorité de recours, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen en fait et en droit (TF 9C_205/2013 du 1^{er} octobre 2013 consid. 1.3).

e) Le grief relatif à la violation du droit d'être entendu doit ainsi être écarté.

4. Il convient dès lors de se prononcer sur le fond du litige, soit le bien-fondé de la décision attaquée, aux termes de laquelle Axa a supprimé le droit de la recourante aux prestations d'assurance avec effet au 21 octobre 2004.

En l'espèce, la recourante ne conteste pas une stabilisation de son état de santé au 20 octobre 2004. Elle considère en revanche que les troubles persistants au-delà de cette date sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident litigieux d'une part et qu'ils sont incapacitants d'autre part.

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 ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, est réputée 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références). 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, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et

l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), 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 cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ;

125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables - de nature clinique ou diagnostique - qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet. Cela vaut notamment lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (cf. TF 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3 et 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 avec la jurisprudence citée).

5. En relation avec l'accident du 20 octobre 2003, la recourante allègue la persistance de divers troubles.

a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie.

Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les

constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références).

b) aa) Se référant aux expertises des Drs J._____ et F._____, la recourante soutient présenter des cervicalgies ainsi qu'un traumatisme crânien.

En l'espèce, les examens radiologiques pratiqués ensuite de l'accident n'ont pas mis en évidence de lésion traumatique au niveau crânio-cérébral (cf. rapport du Dr N._____ p. 16) et à celui de la colonne cervicale (cf. rapport du 19 août 2004 du Service ORL de l'Hôpital de Q._____). Les atteintes cervicales mises en évidence par imagerie se sont révélées être de nature dégénérative (cf. rapport d'examen du 11 novembre 2011).

bb) La recourante se prévaut encore de l'existence d'une contusion labyrinthique.

Il y a lieu de relever qu'une affection qualifiée de contusion ne constitue pas, par définition, une atteinte présumée durer en tant que telle, de sorte qu'il y a lieu d'admettre, à l'instar du Dr N._____ (cf. rapport d'expertise p. 19), qu'elle est probablement guérie à partir du mois d'octobre 2004.

cc) La recourante allègue encore la persistance d'une commotion du nerf vestibulaire droit.

Dans son rapport du 28 février 2014, le Dr N._____ souligne que les examens neuro-otologiques effectués en novembre 2011 sont normaux et permettent de documenter l'absence d'atteinte vestibulaire périphérique (p. 20). En d'autres termes, il n'existe aucun substrat organique objectivable expliquant la permanence du déficit vestibulaire, l'imagerie n'ayant pas révélé de lésions sur ce plan.

dd) S'agissant des céphalées, le Dr N._____ rappelle que, dans son expertise du 29 juin 2012, le Service de neurologie de l'Hôpital G._____ a posé le diagnostic de « céphalées cervico-géniques post-traumatiques » lequel ne se justifiait que par l'existence d'une relation temporelle entre l'événement accidentel du 20 octobre 2003 et les troubles constatés (cf. rapport d'expertise, pp. 20-21). Or, au jour de l'examen par le Dr N._____, la recourante a fait état de céphalées discrètes à caractère constrictif, compatibles selon ce médecin à des céphalées de tension, sans lien de causalité naturelle avec l'accident au-delà du 20 octobre 2004. En référence à la littérature médicale, il n'a pas retenu l'existence de céphalées post-traumatiques.

ee) En page 19 de son rapport du 28 février 2014, le Dr N._____ indique que les Drs D._____ et Y._____ (cf. rapport du 29 juin 2012, p. 17) mentionnent que « les vertiges subjectifs qui clairement gênent la patiente ... sont en lien avec l'accident » sans toutefois qu'ils n'avancent d'arguments à l'appui de leur opinion. En particulier, ils ne discutent pas le rôle éventuel de la polyneuropathie, par ailleurs reconnue, et argumentent exclusivement sur le fait que les troubles n'ont été constatés qu'après l'accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc). Par ailleurs, en qualifiant les vertiges de subjectifs, les Drs D._____ et Y._____ admettent implicitement l'absence de substrat organique objectivable. En page 25, le Dr N._____ écrit que « l'étiologie exacte de la polyneuropathie sensitive des membres inférieurs n'est pas certaine [et qu'u]ne recherche étiologique sort du mandat de cette expertise. »

ff) Pour le surplus, les rapports établis par les Drs N._____, F._____ et X._____ sont soigneusement élaborés, reposent sur un examen complet du dossier médical, tiennent compte aussi bien de l'anamnèse que des plaintes de la recourante et comportent des conclusions claires, dûment motivées et exemptes de contradictions. Par ailleurs, l'absence du consilium entre les trois experts ne préterite en l'occurrence pas la valeur probante des rapports, aucune incapacité de travail n'étant retenue. Ils satisfont ainsi pleinement aux réquisits

jurisprudentiels en matière de valeur probante. A cela s'ajoute que l'arrêt du 22 mai 2013 de la Cour de droit public du Tribunal cantonal neuchâtelois est une décision incidente (ATF 133 V 477 consid. 4.2), ne laissant à l'autorité inférieure, comme à l'autorité de céans, plus aucune latitude de jugement s'agissant de la valeur probante des expertises du Dr J._____ et du Centre d'expertise médicale T._____. La recourante conserve en revanche toute faculté de contester la décision incidente au stade du recours contre la décision finale.

Il résulte de ce qui précède que les troubles avérés de la recourante subsistant au-delà du 20 octobre 2004 ne sont plus en lien de causalité naturelle avec l'accident.

gg) Quoi qu'il en soit, point ne serait besoin d'examiner plus avant la querelle médicale quant au lien de causalité naturelle, respectivement quant à l'influence de la polyneuropathie sur les troubles vestibulaires actuels.

Il convient en effet de rappeler que, dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

6. a) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109; 117 V 359).

Dans ces cas, 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 têtes diffus, vertiges, troubles de la

concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

En l'occurrence, dans son rapport du 19 août 2004, le Dr R._____, alors médecin assistant au Service ORL de l'Hôpital de Q._____, atteste de la survenance immédiatement après l'accident de certains des symptômes typiques d'un traumatisme d'accélération crânio-cervical, tels que des douleurs à la nuque, des céphalées, des vertiges et des nausées. Dans sa prise de position du 4 février 2015, le Dr W._____ n'a pas remis en question l'existence d'un traumatisme crânio-cérébral. Il a toutefois relevé qu'il n'avait pas été accompagné de perte de connaissance et qu'aucune lésion organique cérébrale n'avait été constatée. Selon lui, il ne pouvait dès lors s'agir que d'un traumatisme crânio-cérébral léger.

b) Pour l'examen de la causalité adéquate, la jurisprudence distingue la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type "coup du lapin" à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.3; 117 V 369 consid. 4b, 359

consid. 6a). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (cf. ATF 134 V 109 consid. 9.5; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références; 115 V 403 consid. 5c/aa, 133 consid. 6c/aa).

En l'occurrence, aucune atteinte psychique n'étant alléguée (cf. rapport du Dr N. _____, p. 13), il y a lieu de se fonder sur les critères applicables aux traumatismes crânio-cérébraux ou traumatismes analogues (ATF 134 V 109 et 117 V 359).

aa) 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, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd XIV, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss).

De manière générale, le Tribunal fédéral considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt devant un feu de signalisation ou un passage pour piétons constitue un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (cf. notamment TF 8C_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2 ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2, in SVR 2013 UV n° 3 p. 7 ; 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.1.2 et les arrêts cités, in RAMA 2005 n° U 549 p. 236 ; voir aussi Alexandra Rumo-Jungo/André Pierre Holzer, Bundesgesetz über die Unfallversicherung 4^e éd. 2012, p. 64 ss.).

En l'espèce, la recourante s'était arrêtée pour présélectionner et céder le passage, ce qui présente une analogie certaine avec la jurisprudence précitée. Dans la mesure où le choc a été néanmoins suffisant pour projeter sa voiture en avant contre une voiture arrivant en sens inverse et entraîner des dommages matériels nécessitant l'appel à une dépanneuse, l'accident peut être qualifié de gravité moyenne stricto sensu. Par ailleurs, la sanction prononcée à l'encontre de l'auteur de l'accident est sans incidence sur l'appréciation de la gravité de l'accident, d'autant qu'elle se fonde également sur des circonstances personnelles et extérieures à celui-ci.

bb) 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 ; 117 V 359), 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. 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 ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4.1).

cc) aaa) La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas, en soi, à conduire à l'admission de ce critère. On ne voit au demeurant pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. En l'espèce, l'accident s'est déroulé alors que le véhicule de l'assurée se trouvait à l'arrêt. En outre, la désincarcération ne revêtait aucun caractère exceptionnel. Quant aux blessures subies par la fille de l'assurée, elles ont été qualifiées de légères dans le cadre du rapport de police dressé ensuite de l'accident.

bbb) Dans leur avis de sortie du 8 décembre 2003, les médecins du Service ORL de l'Hôpital de Q._____ ont posé pour principal diagnostic une contusion sévère du labyrinthe droit et une contusion moyenne du labyrinthe gauche. En dépit de leur qualification de sévère, respectivement moyenne, il ne s'agit que de contusions, c'est-à-dire une lésion bénigne. D'ailleurs, le bilan otoneurologique effectué par le Dr Z._____ dans le cadre de l'expertise du Centre d'expertise médicale T._____ (cf. rapport du 15 février 2012, p. 10) est normal, sans mise en évidence d'atteinte vestibulaire organique périphérique ou centrale. Pour

ce qui est de l'atteinte à la colonne cervicale, le diagnostic posé s'énonce comme suit : « distorsion cervicale simple de degré 2 selon la Québec Task Force », impliquant l'existence d'une mobilité réduite et de points douloureux. Les lésions ne sont donc ni graves, ni d'une nature particulière.

ccc) La recourante n'a pas eu à subir l'administration d'un traitement médical spécifique et pénible. C'est ainsi qu'elle a séjourné au Service de chirurgie de l'Hôpital de Q. _____ du 20 au 21 octobre 2003. Du 30 octobre 2003 au 2 décembre 2003, elle a été hospitalisée au Service ORL en raison de céphalées et de vertiges avant d'être transférée à l'Hôpital M. _____ pour rééducation jusqu'au 30 décembre 2003. Les nombreuses investigations médicales auxquelles la recourante s'est soumise n'ont pas eu de but thérapeutique mais étaient destinées à établir l'existence d'une atteinte organique liée à l'accident, nonobstant le caractère rassurant des examens conventionnels effectués. Les mesures thérapeutiques proprement dites ont pour l'essentiel consisté en un traitement médicamenteux (notamment antalgique) et des séances de physiothérapie labyrinthique en vue d'une rééducation vestibulaire. Or, la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée - de même que la prise de médicaments antalgiques - ne répond pas au critère d'une durée anormalement longue des soins médicaux (cf. TF 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les références citées). Il en va de même des simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4).

ddd) Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou des complications importantes au cours de la guérison, ce que la recourante ne relève au demeurant pas.

eee) Dans son rapport 28 février 2014 (p. 17), le Dr N. _____ indique que la recourante mentionne une sensation d'instabilité, intermittente, survenant notamment en cas de fatigue. Elle fait également

état de céphalées persistantes. Outre qu'un trouble de l'équilibre n'est pas douloureux, les céphalées, qualifiées de légères, sont sans répercussions conséquentes sur la vie sociale de la recourante. Le critère de l'intensité des douleurs n'est dès lors par réalisé.

fff) En ce qui concerne enfin le critère de l'importance de l'incapacité de travail, ce n'est pas la durée de l'incapacité qui est déterminante mais bien plutôt son importance au regard des efforts sérieux accomplis par l'assuré pour reprendre une activité, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7 ; 117 V 369 consid. 4b, 359 consid. 6a).

En l'espèce, la recourante a repris son activité professionnelle habituelle à 50 % dès le mois de juin 2004, nonobstant certaines limitations, telles que monter sur un escabeau, avant d'être licenciée en février 2006 pour des raisons de santé. De février 2006 à décembre 2011 elle a travaillé dans l'exploitation familiale où elle s'occupait du ménage, des vaches pour autant qu'elles ne fussent pas en terrain accidenté, et nourrissait les veaux à l'étable. Après avoir œuvré en tant qu'employée dans le secteur médico-social entre 2012 et 2016 au service de divers employeurs à des taux compris entre 60 et 80%, elle a débuté une activité d'auxiliaire polyvalente à 60% à compter du 1^{er} mai 2017 au service de la Fondation P._____. Cela étant, si l'on doit admettre que la recourante a fait des efforts suffisants en vue d'une reprise d'activité, l'incapacité de travail ne revêt toutefois pas une intensité suffisante pour que le critère en question apparaisse réalisé. En tout état de cause, on peut laisser ce point indécis, dès lors qu'un seul critère n'est pas décisif pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate au regard de la gravité de l'accident en cause (cf. ATF 117 V 369 consid. 4c, 359 consid. 6b). On rappellera en effet qu'en cas d'accident de gravité moyenne, trois critères au moins parmi les sept consacrés dans l'ATF 134 V 109 doivent être réunis pour qu'on puisse admettre un lien de causalité adéquate entre des plaintes et un traumatisme cervical ou crânio-cérébral lorsque par ailleurs aucun des critères admis ne revêt en soi une intensité particulière (cf. TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.2 et la référence).

7. En l'absence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé présentées par la recourante pour la période postérieure au 20 octobre 2004, l'intimée pouvait à bon droit mettre fin à ses prestations dès cette date et ceci, sans allouer d'indemnité pour atteinte à l'intégrité, vu l'absence d'atteinte importante et durable à son intégrité.

8. En définitive, il y a lieu de rejeter le recours, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

9. Le dossier est complet sur le plan médical sur l'objet du litige avec des avis médicaux convergeant sur les points essentiels ; il permet dès lors à la Cour de céans de statuer. L'étendue de l'incapacité de travail n'a pas à être approfondie plus avant eu égard aux considérations relatives au rapport de causalité, étant rappelé que l'examen de la causalité adéquate est une question de droit, dont la réponse incombe à l'administration, respectivement au juge, non pas aux médecins. Partant, la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apporterait vraisemblablement aucune constatation nouvelle.

On rappellera que si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 141 I 60 consid. 3.3 ; 136 I 229 consid. 5.3 ; TF 8C_139/2016 du 24 octobre 2016 consid. 4.2). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références).

10. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué de dépens à la

recourante, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 28 juillet 2015 par Axa 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 François Berger, avocat (pour V. _____),
- Me Didier Elsig, avocat (pour Axa 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 :