

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 11 juillet 2022

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Piguet et Mme Durussel, juges
Greffière : Mme Meylan

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Guyaz, avocat
à Lausanne,

et

LL. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; 4 et 37 al. 4 LPGA

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée depuis le 15 septembre 2008 en qualité de vendeuse à temps partiel auprès de Q._____ (ci-après : l'employeur). A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accidents auprès LL._____ (ci-après : LL._____ ou l'intimée).

B. Le 24 février 2009, vers 16h30, elle a été victime d'un accident de la circulation. Selon le rapport de police, les circonstances de l'accident sont les suivantes :

« Mme K._____, M. P._____, Mme Z._____ et M. X._____ roulaient en file et dans cet ordre sur l'autoroute [...] de B._____ en direction de l'échangeur d'[...], sur la voie gauche, à une allure d'environ 100 km/h, selon leurs dires. Arrivée à proximité du km 60.500, Mme K._____ remarqua un fort ralentissement devant elle. Dès lors, elle freina brusquement et donna un coup de volant à gauche afin d'éviter le choc avec l'auto qui la précédait. Suite à cela, M. P._____ effectua également un freinage d'urgence et donna un coup de volant sur la droite avant d'immobiliser sa machine. Mme Z._____, conductrice en troisième position, freina également suite au ralentissement. Quant à M. X._____, suite à une distance insuffisante pour circuler en file et à un manque d'attention, il ne put s'arrêter à temps. Dès lors, malgré un freinage d'urgence, M. X._____ perdit la maîtrise de son auto et heurta alors, de l'avant, l'arrière de la voiture de Mme Z._____. Suite au choc, l'auto Z._____ fut projetée contre l'arrière gauche de l'Audi P._____ puis se retourna sur le toit avant d'aller heurter, avec l'avant, l'arrière du véhicule de Mme K._____. Suite à ce dernier choc, la machine Z._____ termina sa course contre la glissière centrale de sécurité. »

Les dépositions des conducteurs impliqués ont été recueillies par la police, notamment celle de P._____, lequel a déclaré avoir été percuté à l'arrière gauche par une voiture brune, laquelle était passée devant lui en vrille. L'assurée a, pour sa part, relaté ce qui suit :

« Je circulais sur l'autoroute [...], de B._____ en direction de l'échangeur d'[...], à une allure d'environ 90 km/h. sur la voie gauche. Je précise que le trafic était de forte densité et nous roulions en file. A un moment donné, j'ai remarqué un fort ralentissement devant moi. En effet, le véhicule qui me précédait s'est arrêté en donnant un coup de volant sur la droite. Etant donné que je laisse beaucoup de distance avec les voitures qui me précèdent, j'ai freiné énergiquement et j'ai immobilisé ma machine à quelques mètres de l'auto devant moi. J'ai immédiatement regardé dans mon rétroviseur central et j'ai remarqué qu'un véhicule arrivait très vite sur moi. Dès lors, j'ai gardé le pied sur le frein et j'ai senti un énorme choc à l'arrière de ma voiture. Suite à cela, j'ai été propulsée en avant sur une voiture devant moi. Lors de mon embardée, mon auto s'est retournée sur le toit. Lorsque ma voiture s'est arrêtée, je suis sortie du côté passager et j'ai attendu l'ambulance sur le bord de la route. Je précise que je faisais usage

de la ceinture de sécurité et j'ai été emmenée à l'Hôpital de B. _____ par une ambulance pour effectuer des contrôles. J'ai des contusions sur plusieurs parties de mon corps. Je suis sortie de l'hôpital vers 20:00, au terme des examens. »

Il ressort également de ce rapport que les points de choc successifs de la voiture de l'assurée avec celles des conducteurs X. _____, P. _____, K. _____ puis avec la glissière centrale de sécurité, se situent entre les km 60.470 et 60'500. Par ailleurs, le rapport mentionne, au titre de dommages matériels, un dégât total s'agissant du véhicule de l'assurée.

C. L'assurée a été transportée en ambulance à l'hôpital de B. _____. Le certificat médical établi le 27 mai 2009 par le Dr G. _____ mentionne le diagnostic de contusion nucale, la prescription d'un traitement antalgique ainsi que le port d'une minerve pendant trois jours. Ce médecin a également rempli le questionnaire usuel à la première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical : l'assurée n'avait pas eu de perte de connaissance, ni céphalées, vertiges, nausées ou vomissements mais présentait des symptômes de douleurs à la nuque (lors des flexion, extension, rotation à droite et à gauche, pression de la colonne cervicale) ainsi qu'au dos et évoquait un trou de mémoire de quelques secondes. Le score GCS [Glasgow coma scale] était de 15. A l'examen radiographique, la colonne cervicale était bien alignée, sans fracture, et l'apophyse odontoïde avait conservé son intégrité. Le Dr G. _____ concluait à un traumatisme de degré II selon la classification Quebec Task Force [QTF].

L'assurée a ensuite consulté son médecin traitant, le Dr N. _____, spécialiste en médecine interne générale, la première fois le 27 février 2009, vers 15h00. Dans son rapport initial du 9 mars 2009 à l'intimée, ce praticien a relayé les indications de sa patiente, à savoir que, s'agissant de l'accident, elle avait pu sortir de sa voiture par ses propres moyens après trois tonneaux, et se plaignait de douleurs dorsales et cervicales, de céphalées, nausées, troubles de mémoire et sentiment d'étrangeté. Le Dr N. _____ constatait à l'examen une douleur à la palpation de la colonne cervicale basse, des muscles sterno-cléido-

mastoïdiens et de l'articulation temporo-mandibulaire gauche. Le status neurologique et le fond de l'œil étaient entièrement dans la norme. Sur le plan psychique, sa patiente semblait un peu atone, démoralisée mais pas franchement dépressive et son état de conscience de même que son orientation étaient parfaits. Il mentionnait encore l'existence d'un traitement à base de Fluoxétine et de Tranxilium pour un état dépressif antérieur à l'accident.

Dans la déclaration d'accident du 4 mars 2009, l'employeur a indiqué qu'ensuite de la collision à l'arrière, la voiture de l'assurée avait effectué plusieurs tonneaux et heurté d'autres véhicules dans sa course. L'assurée a subséquemment toujours déclaré auprès des différents intervenants en procédure que son véhicule avait fait plusieurs tonneaux.

Dans ses rapports ultérieurs, le Dr N. _____ a posé, en date du 16 avril 2009, les diagnostics de contusions multiples, entorse cervicale et état de stress post-traumatique, mentionnant une persistance des céphalées, des douleurs dentaires, des troubles du sommeil, un sentiment d'irréalité et une péjoration de l'état dépressif préexistant, décompensé par l'accident, nécessitant la mise en place d'un suivi psychiatrique. Le 27 avril 2009, il a notamment exposé ce qui suit à l'intimée :

« A ma dernière consultation du 20.04.2009, la patiente se plaint d'une hypersomnie variable, mais également de cauchemars qui la réveillent et dont elle ne peut pas se souvenir. La journée, il lui arrive de revivre son accident, de se revoir dans sa voiture à la verticale en train de retomber sur le capot. Elle décrit un moral très en dents de scie, avec des sautes d'humeur, une hyper-réactivité à des contrariétés minimes, une intense fatigue permanente, la persistance de céphalées à type de tension à point de départ cervico-occipital, son appétit est très labile, son poids s'est stabilisé aux alentours de 48 kg pour 168 cm. Elle se sent incapable de [se] concentrer plus d'une à deux heures, et donc incapable de reprendre son travail dans la vente.

Si Madame Z. _____ a donc subi lors de cet accident des contusions multiples et une probable entorse cervicale, le problème majeur est celui d'une décompensation de son état psychique, déjà précaire auparavant, qui correspond à une aggravation de l'état dépressif préexistant et à un trouble anxieux avec certaines caractéristiques d'agoraphobie. La situation évoque aussi un état de stress post-traumatique, mais sans en remplir tous les critères, l'événement traumatique n'étant pas constamment revécu de façon envahissante, et n'étant pas la seule cause de la détresse psychique actuelle.

Pour le moment, il me semble cependant que l'on peut admettre un lien de causalité entre l'accident du 24 février et les troubles psychiques actuels,

motif de l'incapacité de travail de Madame Z._____, mais j'espère que la prise en charge psychiatrique permettra d'éviter l'évolution vers la chronicité. »

Le 8 mai 2009, l'assurée a débuté un suivi psychiatrique auprès du Secteur psychiatrique E._____. Du rapport du 17 août 2009 des Drs T._____ et D._____, spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, il ressort notamment que l'assurée était calme, collaborante, orientée aux quatre modes, partageait le focus d'attention et son discours était clair et informatif. Il n'était pas objectivé de trouble de la concentration pendant l'entretien, la thymie était triste avec des affects peu exprimés, la patiente présentant un détachement affectif lors de la narration de son histoire. Les médecins relevaient une inappétence avec perte pondérale depuis l'accident, un trouble du sommeil avec hypersomnie, des cauchemars fréquents, une asthénie, une anhédonie, leur patiente présentant par ailleurs un sentiment de dépersonnalisation, sans idée suicidaire, ni symptôme psychotique. Ils posaient les diagnostics probables d'état de stress post-traumatique et de trouble anxieux dépressif mixte tout en observant encore ne pas pouvoir certifier qu'il n'existait pas, antérieurement, une fragilité ou un trouble psychique persistant, et si l'accident avait déclenché les symptômes nouveaux ou péjoré les symptômes préexistants.

Le 1^{er} juillet 2009, le Dr N._____ a également rempli le questionnaire relatif au traumatisme d'accélération cranio-cervical. Il indiquait notamment que la durée du trou de mémoire était qualifiée de différée, que l'assurée indiquait avoir eu des céphalées, des douleurs à la nuque et des nausées apparues entre l'accident et son séjour de quatre heures à l'hôpital de B._____, que dans les 24 heures suivant l'accident, elle avait vécu des trous de mémoire avec sentiment d'étrangeté. Le questionnaire mentionnait notamment une fatigue, des difficultés de concentration et une humeur dépressive. Le Dr N._____ concluait également à un traumatisme de degré II selon la QTF et précisait que l'arrêt de travail prescrit par ses soins était motivé surtout par les troubles de la mémoire et de la concentration.

Enfin, le 17 février 2010, le Dr N._____ a encore mentionné au titre de diagnostics un trouble dépressif récurrent en rémission sous traitement et un syndrome post-traumatique par flexion-extension de la colonne cervicale. Les céphalées, les troubles de la concentration et un adynamisme persistaient. Des facteurs étrangers à l'accident, soit des traits de personnalité anxieuse et un conflit professionnel, influaient sur la guérison. La reprise du travail ne pouvait encore être envisagée sans qu'un dommage résiduel ne soit attendu.

D. Entretiens, soit le 2 juin 2009, LL._____ a mandaté la clinique S._____ (ci-après : S._____) pour une expertise neurologique et psychiatrique. Dans leur rapport du 25 septembre 2009, les Drs W._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et V._____, spécialiste en neurologie, ont retenu que l'accident avait entraîné un stress post-traumatique aigu, survenant sur un état anxieux antérieur, assorti d'un syndrome post-traumatique léger permettant d'expliquer la persistance des cervicalgies, des céphalées en casque, d'une asthénie et d'un léger trouble de la concentration. Sous l'angle psychiatrique, il existait une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 31 mars 2009, de 66,66 % du 1^{er} avril 2009 au 31 mai 2009 et de 33,33 % du 1^{er} juin 2009 au 31 août 2009. Sous l'angle neurologique, il persistait une incapacité de travail de 40 % jusqu'au 31 décembre 2009. Le *statu quo ante* devait être fixé en janvier 2010.

Le 31 mars 2010, l'intimée a requis des informations complémentaires auprès de la clinique S._____, s'agissant des diagnostics et de l'évolution clinique, notamment de la capacité de travail. Il a été donné suite à cette requête le 20 mai 2010 sous la forme d'un rapport du Dr R._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, et « medical manager » du centre d'expertise.

E. Le 25 mai 2010, l'assurée a fait l'objet d'un examen IRM [imagerie par résonance magnétique] du crâne, de la jonction cranio-cervicale et de la colonne cervicale auprès du I._____. Le rapport du 27 mai 2010 du Dr H._____, spécialiste en radiologie, retenait un

examen du crâne sans particularité ainsi que, s'agissant de la colonne cervicale, une altération pathologique au niveau de la membrane tectorielle correspondant à peu près à une lésion de type III selon Krakenes, et aucune pathologie cliniquement significative entre C2 et D4.

F. Par décision du 9 août 2010, LL. _____ a fixé le *statu quo sine* au 31 décembre 2009 et mis un terme à la prise en charge des frais médicaux et au versement des indemnités journalières à cette date. L'assurée s'est opposée à cette décision le 13 septembre 2010.

G. Au dossier de l'assurée auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : OAI), requis par l'intimée et également produit dans la présente cause, figurent plusieurs rapports médicaux, soit un rapport d'expertise neurologique du 10 février 2011 du Dr F. _____, spécialiste en neurologie, un rapport d'expertise psychiatrique du 12 décembre 2011 du Dr J. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, un rapport du 26 août 2013 du Dr C. _____, spécialiste en médecine interne générale, consulté par l'assurée depuis le 12 février 2013, un rapport d'expertise pluridisciplinaire du 18 mai 2015 de la M. _____ (ci-après : M. _____), établi par les Drs FF. _____, spécialiste en médecine interne générale, BB. _____, spécialiste en rhumatologie, CC. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, WW. _____, spécialiste en neuropsychologie, et GG. _____, spécialiste en neurologie.

a) Le Dr F. _____ a retenu les diagnostics de troubles cognitifs exécutifs et attentionnels prédominants associés à un état dépressif anxieux persistant ancien et récurrent, ainsi qu'un syndrome post-traumatique cervical. Il a précisé que le tableau actuel, sur un plan clinique, était dominé par l'état dépressivo-anxieux, avec le syndrome douloureux généralisé à prédominance rachidienne cervico-dorsolombaire, et les troubles cognitifs de type essentiellement dysexécutifs et attentionnels, objectivés lors du bilan neuropsychologique détaillé. Cet état était vraisemblablement préexistant à l'accident dans le cadre du syndrome dépressivo-anxieux déjà connu auparavant, mais avait

certainement été exacerbé par celui-ci. Le syndrome douloureux cervical s'inscrivait dans ce contexte, que l'on admette ou non la discrète anomalie décrite au niveau de la membrane tectoriaire (ligament occipito-axoïdien) à l'IRM. Dans un rapport complémentaire du 15 mars 2011, l'expert a précisé que l'anomalie précitée ne jouait pas de rôle au plan cognitif.

b) Dans son rapport d'expertise, le Dr J._____ a posé les diagnostics de trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline et de dysthymie présents vraisemblablement depuis le début de l'âge adulte, ainsi que d'agoraphobie avec trouble panique probablement antérieur à l'accident. En relation avec le premier diagnostic, il a exposé que si la survenance des troubles dits conjoncturels était favorisée par l'existence du trouble de la personnalité, ils étaient généralement déclenchés par des facteurs de stress psychologiques ou sociaux, en l'occurrence d'origines diverses dans la vie adulte de l'assurée : ruptures sentimentales, parfois violentes, séquestration et agression, interruptions de grossesse, le dernier facteur de stress en date étant l'accident de la route de février 2009. L'expert a encore précisé qu'il n'existait pas d'arguments, tels que flashback ou évitement spécifique, évocateurs d'un état de stress post-traumatique. En relation avec la capacité de travail, l'expert a observé ce qui suit :

« On peut penser que le retentissement de l'accident de février 2009 a été sérieusement aggravé par la fragilité structurelle de l'expertisée (personnalité borderline). De plus, au moment où l'accident est survenu, l'expertisée devait être encore sous le coup de deux autres facteurs de stress majeurs survenus quelques mois auparavant : l'interruption de grossesse et le divorce. Dans ces conditions, il est compréhensible que le « syndrome post-whiplash » ait pris plus d'ampleur et ait duré davantage que chez la moyenne des sujets, justifiant une incapacité de travail pendant près d'un an après l'accident selon l'expertise neurologique de la clinique S._____, soit jusqu'au 31/12/2009. Dans la foulée du syndrome post-whiplash et de l'état de stress post-traumatique aigu, le trouble panique et l'agoraphobie se sont installés, cumulant leurs répercussions fonctionnelles (troubles de l'attention, sentiment d'insécurité, intolérance au stress) à ceux de la dysthymie déjà présente (baisse de l'énergie et de la motivation). Actuellement, les constatations objectives vont dans le sens d'un trouble dépressif chronique mais léger et d'un trouble anxieux légèrement limitant. Ces troubles psychiques entraînent des troubles cognitifs modérés, dont le retentissement fonctionnel est accru par la présence du trouble de la personnalité. Dans ces conditions, il me paraît raisonnable d'estimer que la capacité de travail de l'expertisée est modérément diminuée, d'un taux qui peut être estimé à 40 %.

Les données du dossier ne permettent pas d'établir de manière convaincante que la capacité de travail a été sévèrement atteinte après le

1/1/2010. Les médecins traitants (Dr N._____, psychiatres de JJ._____) évoquent une reprise d'activité progressive. Le Prof. F._____ estime l'incapacité à 60 % au début 2011, mais en la mettant sur le compte de l'atteinte psychiatrique, dont il ne démontre pas la sévérité, les troubles qu'il décrit étant surtout subjectifs. En conclusion je pense qu'on peut faire remonter le taux actuel d'incapacité de travail à la date du 1/10/2010 [recte : 01.01.2010].

Avec l'éloignement dans le temps des facteurs de stress déclencheurs de 2008-2009 (divorce, interruption de grossesse, accident), on peut attendre une récupération progressive et complète des capacités fonctionnelles objectives de l'expertisée dans un délai de six mois. D'autant que le trouble borderline, s'il favorise la survenue de crises émotionnelles, a pour autre caractéristique le fait que ces crises soient toujours réversibles, plus ou moins rapidement. On peut donc attendre dans les mois qui viennent une diminution du caractère aggravant du trouble de la personnalité.

Dans le passé, l'expertisée a fait preuve de beaucoup de capacité de résilience. Il n'y a pas de raison que ces capacités ne se mettent pas à nouveau en mouvement d'elles-mêmes, sans forcément nécessiter l'aide d'une intervention psychothérapeutique spécialisée. »

L'expert J._____ concluait que l'incapacité de travail était de 100 % depuis l'accident du 24 février 2009 et jusqu'au 31 décembre 2009, de 40 % depuis lors et devrait tomber à 0 % dans un délai de six mois dès l'expertise.

c) Dans son rapport du 26 août 2013, le Dr C._____ estimait quant à lui entre 60 et 80 % l'incapacité de travail de sa patiente depuis l'accident et énumérait différentes limitations fonctionnelles découlant des diagnostics qu'il considérait incapacitants, qu'ils soient en rapport ou non avec l'accident.

d) Le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la M._____ retient les diagnostics incapacitants de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques, de trouble de la personnalité émotionnellement labile type borderline décompensé, d'agoraphobie avec trouble panique et de migraine sans aura. Au titre de diagnostic non incapacitant, il est mentionné celui de cervicalgies après contusion cervicale. L'appréciation finale concluait que l'assurée avait été victime, en février 2009, d'un grave accident de la circulation, avec coup du lapin typique mais sans atteinte structurelle, les cervicalgies étant maintenant modestes et sans impact sur la capacité de travail. Cet accident a pu contribuer à décompenser une situation psychiatrique

précaire, où se conjuguait un trouble de la personnalité borderline, un trouble dépressif récurrent et une agoraphobie avec attaques de panique. La situation psychiatrique était à nouveau décompensée, depuis probablement deux à trois mois, et justifiait une incapacité totale de travail dans toute activité. L'incapacité de travail était de 40 % depuis février 2009 et de 100 % dès février 2015. Au titre de limitations fonctionnelles, il était fait mention de fatigabilité, troubles de la concentration, perte de la capacité d'adaptation et rétrécissement de la capacité à interagir avec les autres.

H. Le 7 décembre 2015, LL._____ a rendu une décision sur opposition confirmant la décision du 9 août 2010. L'intimée a également considéré qu'elle ne se prononcerait pas sur la demande d'assistance juridique gratuite déposée par l'assurée le 22 mars 2013, faute pour celle-ci d'avoir produit les renseignements économiques requis, nonobstant rappel. Ensuite du recours déposé le 18 janvier 2016 auprès de la Cour de céans, l'intimée a déclaré retirer sa décision sur opposition au vu du grief de violation du droit d'être entendu soulevé par la recourante, expliquant par ailleurs qu'elle donnerait à celle-ci le droit de s'exprimer sur les circonstances de l'accident dont elle avait été victime et rendrait ensuite une nouvelle décision sur opposition sujette à recours. La cause a été rayée du rôle par arrêt du 9 mai 2016.

I. Par décision du 29 septembre 2016, l'OAI, se fondant sur le rapport d'expertise de la M._____, a accordé à l'assurée un quart de rente dès le 1^{er} février 2010 et une rente entière dès le 1^{er} mai 2015 (degré d'invalidité de 100 %), maintenue par communication du 11 septembre 2019 sur la base d'un degré d'invalidité de 70 %.

J. Reprenant l'instruction, l'intimée a obtenu production des photographies de la voiture de l'assurée et l'un de ses collaborateurs s'est entretenu téléphoniquement le 7 février 2017 avec le conducteur X._____ sur les circonstances de l'accident. La teneur de cette conversation a été communiquée le 7 février 2017 au conseil de l'assurée, qui en a contesté la valeur probante le 2 mars 2017.

Par décision sur opposition du 9 mars 2017, LL._____ a rejeté l'opposition du 13 septembre 2010 de même que la requête d'assistance juridique gratuite. Elle a notamment fait valoir que l'existence d'une lésion objectivable n'était pas établie, ce que confirmaient les Drs F._____ et GG._____, outre que l'examen IRM du 25 mai 2010 ne revêtait pas valeur probante. Les conclusions de l'expertise S._____ n'étaient pas remises en cause par les experts mandatés par l'OAI de telle sorte que le *statu quo* avait été arrêté à juste titre au 31 décembre 2009 tout comme avait été constatée l'absence d'incapacité de travail en relation avec les atteintes neurologiques alléguées. Les atteintes psychiques incapacitantes n'étaient par ailleurs plus en lien de causalité naturelle avec l'accident au-delà du 31 décembre 2009 et dans l'hypothèse contraire, le rapport de causalité adéquate devait être nié, conformément à la jurisprudence applicable en présence de plaintes principalement psychiques et d'un tableau clinique relégué à l'arrière-plan. S'agissant de l'assistance juridique gratuite, l'intimée a considéré que l'assurée était à même de se défendre seule, au besoin avec le soutien d'un service social, la cause ne revêtant pas de difficultés en fait et en droit, ce seul motif dispensant d'examiner sa situation financière ou les chances de succès de son opposition.

K. **a)** Par acte du 7 avril 2017, Z._____ a recouru devant la Cour de céans contre la décision sur opposition du 9 mars 2017 en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à l'annulation de la décision, au renvoi de la cause à l'intimée pour examen de sa situation financière et nouvelle décision concernant l'octroi de l'assistance juridique gratuite dans la procédure d'opposition, sous déduction de la procédure de recours introduite le 18 janvier 2016, ainsi que pour le calcul des prestations légales dues en sa faveur, fondées notamment sur une incapacité de travail de 100 % du 24 février 2009 jusqu'au 31 décembre 2009, 60 % du 1^{er} janvier 2010 au 31 août 2013, et de 40 % depuis le 1^{er} septembre 2013. A titre subsidiaire, la recourante a conclu à l'annulation de la décision et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle décision dans le sens des considérants.

La recourante fait valoir, s'agissant de l'établissement des faits, qu'il doit être retenu l'existence de plusieurs tonneaux dans les suites du choc ainsi de que la collision avec deux véhicules. Soutenant qu'elle a présenté les symptômes inhérents au tableau clinique typique des lésions de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, traumatisme analogue à la colonne cervicale ou traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, elle fait grief à l'intimée de ne pas avoir examiné la causalité naturelle sous l'angle de la jurisprudence particulière développée par le Tribunal fédéral en la matière et conteste avoir subi une simple commotion cérébrale. La recourante se prévaut par ailleurs d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiatriques incapacitants présentés depuis lors et au-delà de décembre 2009, contestant la valeur probante de l'expertise S. _____ au motif que l'appréciation des experts se fonde principalement sur la notion de causalité adéquate dont l'analyse ne relève pas de leur compétence. Sur ce point, elle considère que l'accident doit être qualifié de gravité moyenne à la limite du cas grave et qu'il peut être qualifié de particulièrement impressionnant au sens de la jurisprudence, arguant par ailleurs de la réalisation de certains des autres critères jurisprudentiels, tels que l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, l'intensité des douleurs et l'importance de l'incapacité de travail, laquelle était de 100 % entre les 24 février et 31 décembre 2009, 60 % depuis lors et jusqu'au 31 août 2013 et de 40 % depuis le 1^{er} septembre 2013.

S'agissant de l'assistance juridique gratuite, elle fait valoir qu'elle doit lui être accordée dès le dépôt de la requête en mars 2013, la cause étant suffisamment complexe en fait et en droit à cette époque déjà, les conditions cumulatives de la précarité de la situation financière et des chances de succès étant par ailleurs réalisées.

b) Par mémoire de réponse du 16 août 2017, LL. _____ a conclu au rejet du recours. L'intimée observe que le rapport de police ne fait pas état de l'existence de tonneaux et que la variation des

déclarations de la recourante sur le déroulement de l'accident impose de retenir ses premières déclarations. L'existence de symptômes relevant du tableau clinique typique des lésions du rachis cervical de type « coup du lapin », traumatisme analogue ou traumatisme cranio-cérébral n'est pas établie compte tenu des contradictions quant au moment de la survenance de ces symptômes et qu'à tout le moins, la recourante ne présentait pas ou plus de tels symptômes au 31 décembre 2009, au vu des observations cliniques du Dr F. _____ tout comme de celles des experts rhumatologue et neurologue de la M. _____. La jurisprudence spécifique à ce type de tableau clinique ne s'appliquait donc pas, au contraire de celle prévalant lorsque les plaintes psychiques sont mises en exergue et le tableau clinique relégué à l'arrière-plan, avec pour corollaire qu'en présence d'un accident devant être qualifié de gravité moyenne, celui-ci n'apparaissait pas revêtir un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique, de telle sorte que le lien de causalité adéquate devait être nié.

L'intimée a pour le surplus renvoyé à la motivation de sa décision sur opposition s'agissant du refus de l'assistance juridique gratuite.

c) Dans ses déterminations du 29 septembre 2017, la recourante a persisté dans ses motivations et conclusions, observant notamment que le port d'une minerve lui avait été prescrit à l'hôpital de B. _____, que le diagnostic d'état de stress post-traumatique avait été médicalement posé, outre celui d'un traumatisme crânien, respectivement d'un traumatisme type « coup du lapin ». Elle a encore soutenu qu'était contraire au principe de la bonne foi le revirement de l'intimée consistant à nier, six ans après les faits, l'existence de tonneaux lors de l'accident, ce qui la plaçait devant le fait accompli et l'empêchait de faire valoir ses droits.

d) Dans un courrier du 16 octobre 2017, l'intimée a contesté le diagnostic d'état de stress post-traumatique et observé que les symptômes typiques d'un traumatisme d'accélération cranio-cervical

n'avaient pas été décrits lors de la consultation à l'hôpital de B._____ et ne pouvaient être implicitement déduits de la prescription du port d'une minerve.

Dans un écrit du 13 novembre 2017, elle a relevé que l'indigence de la recourante n'était pas démontrée.

e) Procédant sur ces écritures en date du 26 avril 2021, la recourante a maintenu ses conclusions, renvoyant à son dossier auprès de l'OAI dont les pièces médicales confirmaient, selon elle, l'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » tout comme du diagnostic d'état de stress post-traumatique. Elle s'est référée à la décision d'octroi d'assistance judiciaire rendue le 24 février 2021 dans la présente procédure pour observer que la précarité de sa situation financière était prouvée.

f) Le 17 mai 2021, l'intimée a renoncé à procéder plus avant et renvoyé à ses précédentes écritures.

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 (art. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et

respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

2. Le litige porte sur la suppression du droit de la recourante à des prestations d'assurance à partir du 31 décembre 2009, singulièrement sur la question du lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les atteintes à la santé persistant à cette date.

3. Les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

4. a) Aux termes de 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. Selon 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 en premier lieu, 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, mentale 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, 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

c) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit (ATF 115 V 403 consid. 4a p. 405).

d) En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

e) En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'évènement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

5. a) Pour pouvoir examiner le droit aux prestations, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que les médecins, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_160/2016 du 2 mars 2017 consid. 4.1 ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

b) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

6. A la suite de son accident, la recourante s'est plainte et se plaint encore d'atteintes diverses, relevant de la sphère physique et de la sphère psychique.

a) Sur le plan physique, il ressort de l'examen clinique pratiqué par le Dr G._____ le 24 février 2009 que la recourante présentait une contusion nucale, laquelle a justifié le port d'une minerve pendant trois jours de même que la prescription d'antalgiques. A la faveur de la consultation du 27 février 2009, le Dr N._____ a rapporté l'existence de douleurs à la palpation de la colonne cervicale basse, des muscles sterno-cléido-mastoïdiens et de l'articulation temporo-mandibulaire gauche. Ultérieurement, il a fait état du diagnostic de contusions multiples.

Les lésions physiques objectivées lors de ces examens, principalement des contusions, n'ont pas justifié de suivi particulier. Il n'en est plus fait état après la consultation du 20 avril 2019 auprès du Dr N._____. Il doit donc être admis, s'agissant de ces contusions qu'elles étaient guéries à tout le moins dès cette date et n'avaient donc plus à être prises en charge par l'intimée.

b) 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 cranio-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. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). 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 citées). 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).

aa) Au vu de la jurisprudence selon laquelle un examen IRM fonctionnel ne constitue pas une méthode diagnostique éprouvée par la science médicale et n'a donc pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent (ATF 134 V 231 consid. 5.3 ; TF 8C_720/2012 du 15 octobre 2013 consid. 5.2 et 8C_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 3.2), il ne saurait être tenu compte de l'examen IRM du 25 mai 2010 retenant une lésion de type III selon Krakenes et du rapport corrélatif du 27 mai 2010 du Dr H._____. Au demeurant, dans son rapport du 15 mars 2011, le Dr F._____ a précisé que cette anomalie ne jouait aucun rôle sur le plan cognitif.

bb) En l'occurrence, le Dr G._____ a rapporté dans le questionnaire usuel à la première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical que si la recourante n'avait eu ni perte de connaissance, ni céphalées, vertiges, nausées ou vomissements, elle présentait des symptômes de douleurs à la nuque (lors des flexion, extension, rotation à droite et à gauche, pression de la colonne cervicale) ainsi qu'au dos et évoquait un trou de mémoire de quelques secondes. Le Dr G._____ concluait à un traumatisme de degré II selon la classification Quebec Task Force. Lors de la consultation du 27 février 2009, vers 15h00, auprès du Dr N._____, soit moins de 72 heures après l'accident, la recourante s'est plainte de douleurs dorsales et cervicales, de céphalées, nausées, troubles de mémoire et sentiment d'étrangeté. Etant rappelé que le temps de latence se situe entre 24 heures et 72 heures, il n'est pas pertinent que les symptômes caractéristiques, en l'occurrence les céphalées, les nausées et les troubles de mémoire, ne se soient pas déjà

manifestés lors de la consultation du 24 février 2009 à l'hôpital de B._____. Ainsi, les douleurs dans les suites immédiates de l'accident sont attestées par le Dr G._____ et les symptômes caractéristiques précités le sont par le Dr N._____ dans le délai de 72 heures fixé par la jurisprudence.

Il doit donc être admis que l'accident a entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable. Son existence ressort au demeurant des rapports des Drs G._____ (traumatisme de degré II selon la classification Quebec Task Force) et N._____ (entorse cervicale). De même le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la M._____ du 18 mai 2015 retient dans les suites de l'accident un coup du lapin typique mais sans atteinte structurelle.

7. La recourante se plaint principalement de l'existence de céphalées, de troubles de la concentration et de la mémoire, de fatigabilité et de cervicalgies, dont elle impute l'origine à l'accident.

Des troubles psychiques et neuropsychologiques ont également été diagnostiqués.

Il convient d'examiner la question de savoir si ces atteintes psychiques et neuropsychologiques de même que les symptômes dont la recourante se plaint sont en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident.

a) En premier lieu, il sera rappelé qu'en droit des assurances sociales, une évaluation médicale effectuée dans les règles de l'art revêt une importance décisive pour l'établissement des faits pertinents (ATF 122 V 157 consid. 1b). Elle implique en particulier la neutralité de l'expert, dont la garantie vise à assurer notamment que ses conclusions ne soient pas influencées par des circonstances extérieures à la cause et à la procédure (cf. ATF 144 V 258 consid. 2 et 137 V 210 consid. 2.1.3), ainsi

que l'absence de toute intervention à l'insu de l'auteur de l'expertise, les personnes ayant participé à un stade ou à un autre aux examens médicaux ou à l'élaboration du rapport d'expertise devant être mentionnées comme telles dans celui-ci. Il n'est pas admissible de reprendre les conclusions d'une expertise qui a été établie dans des circonstances ébranlant de manière générale la confiance placée dans l'institution mandatée pour l'expertise en cause (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2). Dans un arrêt du 22 décembre 2017, le Tribunal fédéral a constaté de très nombreux manquements dans la gestion notamment du « département expertise » de la Clinique S._____ et des graves violations des devoirs professionnels incombant à une personne responsable d'un tel établissement (TF 2C_32/2017 du 22 décembre 2017 consid. 7.3). En particulier, cette personne, qui était responsable médical du « département expertise » avait modifié (notamment sur des points non négligeables) et signé des dizaines d'expertises sans avoir vu les expertisés et sans l'accord de l'expert spécialiste, ce qui constituait un comportement inadmissible relevant d'un manquement grave au devoir professionnel (TF 2C_32/2017 précité consid. 7.1). Compte tenu des manquements susmentionnés, le Tribunal fédéral a retenu que les exigences liées à la qualité de l'exécution d'un mandat d'expertise médicale en droit des assurances sociales ne pouvaient être considérées comme suffisamment garanties au sein du « département expertise » de la Clinique S._____, de sorte qu'il n'était pas possible d'accorder pleine confiance à une expertise rendue par un expert œuvrant au sein de cette institution (ATF 144 V 258 consid. 2.3.2).

En l'espèce, le rapport d'expertise pluridisciplinaire de la Clinique S._____ mentionne que les experts neurologue et psychiatre ont vu la recourante à leur consultation le 14 août 2009 (p. 2), se sont ensuite réunis pour une discussion et une évaluation pluridisciplinaire (p. 22). Le rapport est signé de ces deux experts, daté du 25 septembre 2009 et transmis le même jour par le Dr R._____, soit par le responsable médical visé par la jurisprudence précitée. Il apparaît que le rapport établi 20 mai 2010 sur requête complémentaire de l'intimée du 31 mars 2010 est signé exclusivement du Dr R._____, sans aucune

référence aux experts W._____ et V._____. Or dans ce rapport, le Dr R._____ étaye et discute les diagnostics posés par l'expert neurologue, s'exprime à la première personne (p. 2, 2^e §) et relève que la contradiction entre neurologue et psychiatre n'est contradictoire qu'en apparence pour ensuite développer cette appréciation, apparemment personnelle. En de telles circonstances, il ne saurait être accordé confiance, respectivement valeur probante à l'expertise de la Clinique S._____ : l'implication du Dr R._____ ne saurait être exclue au stade du rapport du 25 septembre 2009 et le rapport complémentaire du 20 mai 2010 a été rédigé par l'intéressé sans en référer aux experts psychiatre et neurologue selon toute vraisemblance, qui plus est sans examen de l'assurée par le Dr R._____.

b) Il ressort des expertises neurologiques que les céphalées et les cervicalgies alléguées par la recourante n'ont aucun substrat somatique. Le Dr F._____ ne retient pas d'atteinte neurologique particulière, ni à l'examen clinique, ni sur la base des documents d'imagerie. Il en va de même pour l'expert de la M._____, le Dr GG._____, qui décrit un status neurologique normal et exclut toute valeur probante à l'IRM du 25 mai 2010 dans le cadre d'un traumatisme cervical indirect.

L'expert GG._____ observe cependant au status des douleurs à la mobilisation de la nuque, reproductibles à la palpation des tissus mous et des muscles et pose le diagnostic de cervicalgies après contusion cervicale. Il retient également au terme de son examen des céphalées compatibles avec des migraines sans aura, qu'il considère aggravées par les troubles psychiques.

Nonobstant l'absence de substrat somatique, il convient d'admettre que ces cervicalgies et céphalées sont en lien de causalité naturelle avec l'accident, étant rappelé que les maux de tête diffus font partie du tableau clinique typique d'un traumatisme cranio-cérébral.

Il en va de même de la fatigabilité alléguée par la recourante et des troubles cognitifs et attentionnels observés par le Dr F. _____ et dans une moindre mesure dans le cadre de l'examen neuropsychologique pratiqué à la M. _____, quand bien même dits troubles peuvent être corrélés aux atteintes psychiques.

c) Il doit par ailleurs être constaté que la recourante présentait des troubles psychiques avant l'accident, à savoir un trouble de l'humeur en l'occurrence dépressif, pour lequel elle était suivie par le Dr N. _____ (cf. rapport du 9 mars 2009), trouble qualifié de dysthymie par le Dr J. _____ et de trouble dépressif récurrent par le Dr CC. _____, ainsi que, selon ces deux experts, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type borderline et une agoraphobie avec trouble panique (cf en particulier expertise du Dr J. _____ p. 14).

L'expert F. _____ retient quant à lui des troubles cognitifs exécutifs et attentionnels prédominants associés à un état dépressif anxieux persistant ancien et récurrent, estimant qu'ils préexistaient vraisemblablement à l'accident, lequel les aura certainement exacerbés. Un lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident doit également être retenu, à tout le moins partiellement.

De l'avis concordant des experts psychiatres, l'accident du 24 février 2009 a aggravé, respectivement décompensé les troubles psychiques préexistants. Les Drs T. _____ et D. _____ retenaient également un probable état de stress post-traumatique (cf. rapport du Secteur psychiatrique E. _____ du 17 août 2009), diagnostic que n'ont pas exclu les experts psychiatres J. _____ et CC. _____ mais dont les symptômes n'étaient déjà plus présents lors des examens cliniques par le Dr J. _____ en 2011. Au demeurant, le Dr N. _____ n'observait déjà plus tous les critères de cette pathologie lors de sa consultation du 20 avril 2009.

Eu égard à l'enchaînement des événements et à la symptomatologie psychique présentée à la suite de l'accident, ayant

notamment conduit à une prise en charge spécialisée auprès du Secteur psychiatrique E. _____ le 8 mai 2009, il convient d'admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychiques subséquents, du moins partiellement dans la mesure où la recourante présente une fragilité psychologique et une prédisposition à décompenser psychiquement dans une situation de stress, telle qu'un accident.

En définitive, il convient de retenir que l'accident du 24 février 2009 est à tout le moins à l'origine de céphalées et de cervicalgies, qu'il a entraîné une fatigabilité, décompensé un trouble de la personnalité et un trouble de l'humeur présents de longue date, ainsi que des troubles cognitifs et une agoraphobie avec trouble panique vraisemblablement aussi antérieurs à l'accident.

d) Reste à examiner la question de la causalité adéquate.

aa) Le Tribunal fédéral s'est prononcé sur le moment auquel pouvait intervenir l'examen de la causalité adéquate en cas de traumatisme de type « coup du lapin », ou plus précisément le moment auquel l'assureur était en droit de clore le cas, c'est-à-dire de mettre fin aux prestations provisoires et d'examiner le droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (ATF 134 V 109 consid. 3.1). Il a déterminé, sur la base de l'art. 19 al. 1 LAA, que l'examen de la causalité adéquate devait être fait lorsqu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé du recourant et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité avaient été menées à terme (ATF 134 V 109 consid. 4.1 et les références citées). Le Tribunal fédéral a précisé à cet égard que par « une sensible amélioration de l'état de santé », il fallait entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et références citées).]

En l'espèce, à la date du 4 février 2011, l'expert F. _____ retenait une incapacité de travail de 60 % et n'excluait pas une amélioration par le biais de mesures. L'expert J. _____ a retenu une

incapacité de travail totale du 24 février au 31 décembre 2009, puis une incapacité de 40 % dès le 1^{er} janvier 2010, en présumant le retour à une pleine capacité dans un délai de 6 mois après expertise. Enfin, l'expertise de la M. _____ du 18 mai 2015 constate que les prédictions d'amélioration précitées ne se sont pas réalisées et qu'une capacité de travail limitée à 60 % a persisté de fait et sans amélioration jusqu'à fin janvier 2015 avant de se péjorer avec l'annonce d'une atteinte cardiaque (rapport d'expertise, p. 18).

Cela étant, il convient d'admettre que la situation était stabilisée au 1^{er} janvier 2010 dès l'instant où la recourante n'a plus eu de suivi psychiatrique par un spécialiste entre 2009 et début 2015, la prescription de Fluoxétine (anti-dépresseur) étant au demeurant ordonnée par ses médecins traitants (cf. rapport d'expertise M. _____ du 18 mai 2015 p. 11) et que sa capacité de travail est demeurée inchangée dès janvier 2010 et jusqu'en janvier 2015, l'aggravation survenue à cette date-là étant sans lien avec l'accident litigieux.

bb) En ce qui concerne la causalité adéquate, il y a lieu d'appliquer en l'espèce la jurisprudence relative au rapport de causalité entre un accident et des troubles psychiques, quand bien même la recourante a présenté et présentait encore lors de son séjour à la M. _____ des symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral (céphalées, fatigabilité, troubles de la concentration). En effet, aussi bien le Dr F. _____ que le Dr J. _____ relevaient, le premier que « le tableau actuel, sur le plan clinique, était dominé par l'état dépressivo-anxieux » (cf. rapport d'expertise du 10 février 2011, p. 6 ch. 5) et le second observant que « actuellement, les constatations objectives vont dans le sens d'un trouble dépressif chronique mais léger et d'un trouble anxieux légèrement limitant » et précisant encore que « ces troubles psychiques entraînent des troubles cognitifs modérés, dont le retentissement fonctionnel est accru par la présence du trouble de la personnalité » (cf. rapport d'expertise du 12 décembre 2011, p. 17). C'est donc la problématique psychique qui

prédominait déjà dans le tableau clinique et est à l'origine de l'incapacité de travail, encore actuellement.

cc) En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut 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_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_567/2017 du 12 mars 2018 consid. 5.1). Le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi, lorsque l'assuré est victime d'un accident grave. En revanche, lorsque la gravité de l'événement est qualifiée de moyenne, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de critères objectifs à prendre en considération pour l'examen du caractère adéquat du lien de causalité, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées) :

- 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.

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 (TF 8C_493/2017 du 10 juillet 2018 consid. 2.2 et les références citées). Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. 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 115 V 133 consid. 6c/bb ; 115 V 403 consid.5 c/bb).

dd) En l'espèce, la recourante se prévaut de l'existence de plusieurs tonneaux pour qualifier l'accident de gravité moyenne à la limite du cas grave.

Or cette version des faits ne correspond pas à celle exposée par la recourante lors du constat de police. Elle a certes expliqué que lors de l'embardée, sa voiture s'était retournée sur le toit, ce qui n'est pas encore caractéristique de plusieurs tonneaux. Par ailleurs, aucun des quatre autres conducteurs impliqués n'a mentionné dans son audition de police avoir vu la voiture de la recourante effectuer des tonneaux, les termes de « partir en vrille » utilisés par le conducteur P._____ pouvant au demeurant se rapporter à l'unique mouvement de retournement sur le toit. Compte tenu de la distance relativement courte séparant le point de choc et le point d'arrêt de la voiture de la recourante, soit 30 mètres, il

serait peu vraisemblable que plusieurs tonneaux soient passés inaperçus de l'un ou l'autre de ces conducteurs. Les photographies du véhicule de la recourante ne permettent pas de se prononcer sur l'existence de plusieurs tonneaux. Par ailleurs, même la mention d'un dégât total, notion économique propre à l'assurance casco, ne saurait être déterminante en présence de photographies montrant un véhicule seulement partiellement endommagé. Enfin, en présence de déclarations successives contradictoires, il convient, selon la jurisprudence, de retenir la première explication, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait (règle dite des « premières déclarations »), les nouvelles explications pouvant être - consciemment ou non - le produit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; ATF 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.2). En de telles circonstances, il sera admis que la voiture de la recourante s'est seulement retournée sur le toit, sans enchaînement ultérieur de tonneaux.

Cela étant, l'accident doit être qualifié de gravité moyenne *stricto sensu*. En l'occurrence, il s'agit d'un carambolage autoroutier impliquant plusieurs véhicules roulant en file à environ 90 km/h, consécutif à un fort ralentissement et à des distances de séparation inadaptées. Il n'y a pas eu de collision frontale mais uniquement une succession de collisions en chaîne, avant de véhicule contre arrière de véhicule. Les dégâts sont pour l'essentiel matériels, seule la recourante ayant subi des blessures physiques, sans gravité s'agissant de contusions. Elle n'a pas perdu connaissance et a pu sortir de sa voiture par ses propres moyens. Ces circonstances sont proches des cas qualifiés d'accident de gravité moyenne au sens strict retenus par la jurisprudence en matière de circulation routière (TF 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2.2).

ee) En relation avec la qualification du degré de gravité de l'accident, la recourante invoque encore une violation du principe de la bonne foi au motif que l'intimée a nié six ans après les faits l'existence de tonneaux, l'empêchant ainsi de faire valoir ses droits.

a) Le principe de la bonne foi, selon lequel les organes de l'Etat et les particuliers doivent agir de manière conforme aux règles corrélatives, est explicitement consacré par l'art. 5 al. 3 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101). L'art. 9 Cst. peut également être invoqué à cet égard (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 ; 136 I 254 consid. 5.2). Il découle de ce principe que l'administration et les administrés doivent se comporter réciproquement de manière loyale, que l'administration doit s'abstenir de tout comportement propre à tromper l'administré et que celle-ci ne saurait tirer aucun avantage des conséquences d'une incorrection ou insuffisance de sa part (ATF 137 II 182 consid. 3.6.2 ; 137 I 69 consid. 2.5.1).

b) En l'espèce, on ne discerne pas en quoi le comportement de l'intimée aurait été déloyal. Celle-ci était fondée à se référer au rapport de police, lequel ne fait pas mention de tonneaux, plutôt qu'à la relation indirecte dans les rapports médicaux de l'existence de tonneaux telle qu'alléguée par la recourante auprès des différents médecins ou experts. Au demeurant, la tardiveté de l'instruction sur ce point n'a pas empêché l'administration des preuves nécessaires.

ff) Reste à examiner les critères fixés par la jurisprudence.

S'agissant du critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, la raison pour laquelle la jurisprudence a adopté ce critère repose sur l'idée que de telles circonstances sont propres à déclencher chez la personne qui les vit des processus psychiques pouvant conduire ultérieurement au développement d'une affection psychique. C'est le déroulement de l'accident dans son ensemble qu'il faut prendre en considération. L'examen se fait sur la base d'une appréciation objective des circonstances de l'espèce et non en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut en effet observer qu'à tout accident de gravité moyenne est associé un certain caractère impressionnant, lequel ne suffit pas pour admettre

l'existence du critère en question (TF 8C_816/2021 du 2 mai 2022 consid. 5.3.1 et la référence).

En premier lieu, du point de vue strictement objectif, l'accident ne présente pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant, quand bien l'état du véhicule de la recourante est significatif de chocs d'une violence certaine. La recourante aura notamment pu anticiper la survenance de l'accident en constatant un fort ralentissement, a freiné et pu s'immobiliser à temps pour éviter la collision avec la voiture précédente tout en se rendant compte de la vitesse excessive de la voiture qui la suivait. La première collision à l'arrière a projeté son véhicule contre l'arrière d'une autre voiture, provoquant son retournement sur le toit avant d'heurter avec l'avant l'arrière d'un autre véhicule pour finalement s'immobiliser contre la glissière de sécurité. La recourante a pu s'extraire seule de l'habitacle et a attendu l'arrivée de l'ambulance. Au demeurant, même en admettant la réalisation de ce critère, il ne suffirait pas, à lui seul, pour admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles psychiques, faute de revêtir une intensité particulière.

Les lésions physiques consistent en des contusions, par nature impropres à entraîner une atteinte psychique.

Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; doivent également être prises en considération la nature et l'intensité du traitement ; en outre, les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin ne font pas partie du traitement thérapeutique nécessaire, dont il faut tenir compte (TF 8C_612/2019 du 30 juin 2020 consid. 3.3.3 et les références citées). Seul le traitement thérapeutique nécessaire est pris en considération (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). 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_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2004 consid. 5.2.4, in RAMA 2005

n° U 549 p. 239). En l'espèce, la recourante n'a pas fait l'objet d'un suivi médical intensif et régulier en raison d'une atteinte somatique objectivée qu'elle aurait subie au cours de l'accident : les contusions ont été soignées par voie de médicaments antalgiques, le port d'une minerve a été prescrit pendant trois jours. Il n'est par ailleurs pas allégué de traitement spécifique en relation avec les cervicalgies et les céphalées. Celles-ci n'ont pas fait l'objet de prescription de type bêtabloquants, antiépileptiques ou anti-dépresseurs spécifiques. La recourante ne mentionne que divers traitements tels qu'acupuncture, ostéopathie ou massages (cf. rapport M._____, examen neurologique du 5 mai 2015, p. 2). Partant, vu la nature de ces traitements et leur absence d'intensité, le critère de la durée anormalement longue du traitement médical doit être nié. Enfin, il n'est survenu aucune erreur dans le traitement médical, ni de difficultés au cours de la guérison ou de complications importantes.

Le critère des douleurs physiques persistantes doit être admis lorsque la personne concernée émet des plaintes substantielles, sans interruptions significatives, entre l'accident et la stabilisation du cas (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). En l'occurrence, depuis l'accident, la recourante se plaint particulièrement des douleurs provoquées par les céphalées. A dire d'expert, les difficultés psychologiques de la recourante sont certainement un facteur péjoratif et le pronostic de la migraine dépend de celui de l'état dépressif (cf. rapport M._____, examen neurologique du 5 mai 2015, p. 4). Dans la mesure où les douleurs physiques persistantes doivent être examinées en faisant abstraction des éléments psychiques qui pourraient les influencer (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C_251/2016 du 10 avril 2017 consid. 5.3.2), il ne peut être tenu compte des céphalées. Le critère n'est pas réalisé.

Dans son rapport du 27 avril 2009, le Dr N._____ indiquait déjà que l'incapacité de travail de sa patiente était due à ses troubles psychiques, ce qu'ont confirmé ultérieurement les expertises au dossier de l'OAI. Partant, l'existence du critère du degré et la durée de l'incapacité de travail liés aux seules lésions physiques doit être niée.

Cela étant, aucun des critères jurisprudentiels n'étant réalisé, la question de savoir si l'accident appartient à la catégorie des accidents de gravité moyenne *stricto sensu* ou à la limite des accidents graves devient sans pertinence.

Vu ce qui précède, il n'existe pas de lien de causalité adéquate entre l'accident du 24 février 2009 et les troubles persistant au-delà du 31 décembre 2009.

8. a) Le litige porte également sur le refus d'assistance juridique gratuite.

La recourante prétend à l'octroi de l'assistance juridique gratuite à partir du 22 mars 2013.

b) Aux termes de l'art 37 al. 4 LPGA, lorsque les circonstances l'exigent, l'assistance gratuite d'un conseil juridique est accordée au demandeur.

En matière d'assurances sociales, l'assistance d'un avocat s'impose uniquement dans les cas exceptionnels où il est fait appel à un avocat parce que des questions de droit ou de fait difficiles rendent son assistance apparemment nécessaire et qu'une assistance par le représentant d'une association, par un assistant social ou d'autres professionnels ou personnes de confiance d'institutions sociales n'entrent pas en considération (ATF 132 V 200 consid. 4.1). Bien que l'art. 37 al. 4 LPGA ne le mentionne pas expressément, l'octroi de l'assistance judiciaire en procédure administrative interne est subordonné à l'insuffisance des ressources de l'assuré (Anne-Sylvie Dupont, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless (édit.), Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 35 ad art. 37). Selon le Tribunal fédéral et certains auteurs, l'assistance gratuite d'un mandataire professionnel est également subordonnée à la condition que la procédure ne paraisse pas vouée à l'échec. Le point de savoir si la cause présente dans le cas particulier des chances de succès suffisantes se

détermine d'après les circonstances prévalant au moment où la requête d'assistance judiciaire est déposée, notamment sur la base des pièces versées jusqu'alors au dossier. Les éléments qui n'apparaissent qu'après le dépôt de la requête, mais qui indiquent que la requête était à l'époque fondée (ou infondée), doivent cependant être pris en considération au moment de statuer sur la requête. La procédure n'est pas manifestement vouée à l'échec lorsque les chances de succès et les risques de perte s'équilibrent (Anne-Sylvie Dupont, op. cité, n° 36 ad art. 37).

c) En l'espèce, à la date du 22 mars 2013, les éléments médicaux pertinents figurant au dossier de l'intimée comme au dossier de la recourante auprès de l'OAI, à savoir les rapports des Drs N._____, F._____, et J._____, permettaient déjà d'en inférer une probable absence de causalité adéquate. Le rapport de police tout comme les photographies de la voiture, utiles à l'appréciation objective des circonstances de l'accident, étaient eux aussi déjà versés au dossier de l'intimée. Ainsi, les éléments permettant de retenir que la cause était vouée à l'échec étaient connus au stade du dépôt de la requête d'assistance juridique gratuite. Enfin, il ne saurait être déduit des chances de succès sur la base de la reconsidération par l'intimée de sa première décision sur opposition, dans la mesure où elle ne reposait pas sur un motif pertinent au fond. Les autres critères, cumulatifs, que sont la nécessité de l'assistance d'un avocat et les ressources financières insuffisantes n'ont dès lors pas à être examinés.

9. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

10. a) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

b) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Son conseil, Me Guyaz peut prétendre à une équitable indemnité pour son mandat d'office. Après examen de la liste des opérations déposée le 23 juin 2022, compte tenu de l'importance et de la complexité du litige, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'540 fr. 35, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3])

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 9 mars 2017 par LL._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
- IV.** L'indemnité d'office de Me Alexandre Guyaz, conseil de la recourante, est arrêtée à 4'540 fr. 35 (quatre mille cinq cent quarante francs et trente-cinq centimes), débours et TVA compris.

- V.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Guyat (pour Z. _____),
- LL. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours

doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :