

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 septembre 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Berberat, juge et M. Küng, assesseur  
Greffière : Mme Laurency

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**F.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Inclusion Handicap, Me  
Florence Bourqui, avocate à Lausanne,

et

**X.** \_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée.

---

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

**E n f a i t :**

**A.** F.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1951, a travaillé en qualité d'employée du service hôtelier des Etablissements Y.\_\_\_\_\_. A ce titre, elle était assurée auprès de la X.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : la X.\_\_\_\_\_ SA ou l'intimée).

Le 13 décembre 2010, l'assurée, qui circulait à vélo, a été victime d'un accident de la circulation routière. Elle a été hospitalisée du 13 décembre 2010 au 9 février 2011, en réadaptation du 10 février 2011 au 31 mars 2011. Elle a subi une arthroplastie de la hanche gauche le 13 avril 2011, avec hospitalisation du 12 avril au 26 mai 2011, convalescence et réadaptation comprises. L'assurée a été en arrêt de travail depuis la date de l'accident.

Aux termes du rapport du 4 avril 2011, les Drs T.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre Z.\_\_\_\_\_, ont posé le diagnostic de polytraumatisme le 13 décembre 2010 avec trouble crânio-cérébral (ci-après : TCC) sévère, petite hémorragie sous arachnoïdienne pariétale droite, troubles mnésiques, exécutifs, attentionnels et ralentissement psychomoteur, amnésie pré et post-traumatique prolongée, état confusionnel aigu transitoire notamment. Les médecins ont noté sur le plan neuropsychologique des difficultés mnésiques rétrogrades et antérogrades en modalité verbale et visuospatiale et de légers troubles exécutifs et attentionnels, ainsi que de légers troubles du discours. Les Drs T.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ont mentionné qu'en raison de fluctuations de la thymie, un traitement de [...], de [...] et de [...] a été introduit afin de stabiliser l'humeur et d'améliorer la qualité du sommeil. Les psychiatres ayant évalué la patiente, n'avaient pas retenu de critères pour poser un diagnostic d'épisode dépressif, ni de trouble anxieux.

Dans un rapport du 26 mai 2011, la Dresse S.\_\_\_\_\_ de l'Hôpital d'[...], où l'assurée a été transférée à la suite de son opération du 13 avril 2011, a relevé les éléments suivants :

« A son arrivée chez nous, la patiente est très agitée avec acathisie, épisodes de désinhibition, angoisse +++ avec crises de pleurs. Tout ça en péjoration depuis 12/2010. Nous avons demandé l'avis de la psychiatre (Dresse [...]) qui avait déjà eu l'occasion de parler avec la pte [patiente] auparavant. [...]

En se rendant compte du fait que le problème principal de la patiente était d'ordre psychiatrique, nous avons tenté de la transférer à la clinique de B.\_\_\_\_\_ [recte : B.\_\_\_\_\_], mais cela n'a pas marché pour des raisons d'assurance. En raison de la difficulté de l'équipe à gérer cette patiente, nous avons demandé aussi un avis à notre psychiatre qui met en évidence des troubles de type narcissiques avec une composante hystérisiforme très probablement déjà présente avant l'accident du mois de décembre. »

Selon un rapport du 14 juin 2011, le Dr G.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du Centre Z.\_\_\_\_\_, a indiqué que l'évolution neurologique de l'assurée était globalement stationnaire. Il prédominait un tableau neuropsychiatrique avec un état anxio-dépressif accompagné d'une irritabilité accrue, d'un ralentissement psychomoteur et des plaintes concernant des troubles attentionnels, mnésiques et exécutifs. La reprise d'une activité professionnelle n'était pas envisageable et l'arrêt de travail a été prolongé jusqu'à la prochaine consultation.

A teneur d'un rapport du 25 juillet 2011, le Dr G.\_\_\_\_\_ a relevé une aggravation de l'état anxio-dépressif de l'assurée, surtout de la lignée anxieuse, dans le cadre d'un syndrome neuropsychiatrique post-TCC sévère. L'aggravation était apparue à la suite du dernier changement thérapeutique psychotrope. Le médecin a recommandé un suivi psychiatrique.

Aux termes d'un rapport du 26 octobre 2011 des Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_, l'assurée présentait un syndrome neuropsychiatrique post-TCC associant un état anxio-dépressif avec irritabilité accrue à des troubles cognitifs pour lequel elle était suivie à leur consultation spécialisée de neuroréhabilitation depuis le 31 mai 2011. Depuis fin

septembre 2011, l'assurée était conjointement suivie par le Dr [...], spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, bénéficiant ainsi d'une pharmacothérapie antidépressive et anxiolytique et des séances de soutien tous les dix jours.

Dans un rapport du 7 novembre 2011, la Dresse W.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine générale, de l'Hôpital d'[...], a indiqué que l'assurée avait vu une psychiatre le 3 mai 2011 dans le cadre de son hospitalisation et que cette dernière avait posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec dépression et composante anxieuse.

L'assurée a été vue par Mme H.\_\_\_\_\_, psychologue spécialiste en neuropsychologie. On extrait ce qui suit de son rapport du 23 novembre 2011 :

« Près d'un an après [un] TCC avec hémorragie sous-arachnoïdienne pariétale droite, on constate donc une péjoration de l'état cognitif : les performances tant en mémoire que sur le plan exécutif étaient en effet meilleures à la fin de la prise en charge à [...] le 31 mars dernier, même si persistaient des troubles d'attention divisée et un ralentissement. On notera qu'une thymie triste avec anxiété, un manque de motivation et une attitude négative à l'égard de ses propres performances étaient déjà notés à l'époque. Lors de ce bilan, l'abandon de l'effort paraît plus d'ordre motivationnel et thymique que lié à la fatigue. La patiente exprime une importante perte narcissique mais il semble que les séquelles du TCC subi sur le plan intellectuel lui paraissent accessoires par rapport à l'atteinte à l'intégrité corporelle. Des déficiences mnésiques et exécutives, d'ailleurs plus prononcées pour les tâches traitées par l'hémisphère droit, sont de toute évidence consécutives aux séquelles du TCC, mais on peut suspecter que l'évolution actuelle, tant sur le plan cognitif que comportemental soit liée à une décompensation d'ordre psychiatrique consécutive au traumatisme subi. »

Selon un rapport du 9 janvier 2012, les Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont relevé qu'un nouveau bilan neuropsychologique, effectué le 23 novembre 2011, démontrait une aggravation des troubles mnésiques et exécutifs séquellaires du TCC. Ils ont estimé que la décompensation psychique de la patiente et la majoration du traitement psychotrope jouaient très probablement un rôle prépondérant dans cette aggravation des troubles cognitifs.

Il ressort du rapport du 18 janvier 2012 de la Clinique B. \_\_\_\_\_ que l'assurée a fait un tentamen par abus médicamenteux et a été hospitalisée du 10 novembre 2011 au 3 janvier 2012. Le diagnostic principal d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques a été posé, avec comme comorbidité un trouble de la personnalité, sans précision.

Aux termes de leur rapport du 24 avril 2012, les Drs T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont estimé, en se basant sur l'évolution clinique depuis l'accident, qu'une reprise d'activité professionnelle semblait illusoire, et ceci de manière définitive. Les troubles cognitifs multimodaux (mnésiques, attentionnels, exécutifs) et l'atteinte psychiatrique (état dépressif) persistaient.

A la suite d'une nouvelle hospitalisation de l'assurée du 16 au 29 mai 2012, il ressort du rapport du 22 mai 2012 de la Clinique B. \_\_\_\_\_ que la symptomatologie dépressive restait importante avec présence d'idées noires et d'idées suicidaires fluctuantes, apathie, aboulie, perte de l'élan vital, ruminations anxieuses autour de l'accident et de l'impossibilité d'être en bonne santé et de reprendre les habitudes d'avant l'accident. L'assurée présentait également un trouble de l'attention et de la concentration, un déplaisir, mais aucun élément de la lignée psychotique.

Les Drs T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ ont revu l'assurée le 19 juin 2012. Les conclusions de leur rapport du 2 juillet 2012 ont la teneur suivante :

« Il persiste toujours un syndrome neuropsychiatrique post-TCC sévère prédominé par des troubles psychiques sous forme d'un état anxio-dépressif modéré, qui semble toutefois en légère amélioration à la suite d'une ré-hospitalisation en milieu psychiatrique.

Du point de vue neurologique, nous constatons une amélioration de l'oculomotricité et la persistance d'un discret hémisyndrome moteur brachio-crural gauche, avec très peu de répercussion fonctionnelle et des troubles cognitifs multimodaux (attentionnel, mnésique, exécutif) de degré modéré.

Sur le plan thérapeutique, nous n'avons aucune modification de la prise en charge actuelle à proposer étant donné la prédominance du

trouble psychiatrique. La patiente bénéficie d'un traitement psychotrope lourd et d'un suivi psychiatrique par le Dr [...] et possiblement également par la Dresse [...] dans un deuxième temps.

Nous avons reconduit l'incapacité de travail complète jusqu'à la date de la prochaine consultation. »

Dans un rapport du 19 octobre 2012, les Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ont noté un tableau neuropsychologique fluctuant avec notamment une normalisation des capacités mnésiques épisodiques visio-spatiales, une amélioration de certaines capacités exécutives, mais une péjoration des capacités mnésiques épisodiques antérogrades verbales. Il persistait également des déficits attentionnels sévères et un fléchissement exécutif. Les médecins ont prolongé l'incapacité de travail complète jusqu'à la prochaine consultation, en précisant que dite capacité était nulle de manière définitive dans n'importe quelle activité selon eux.

A teneur d'un rapport du 11 décembre 2012 de l'Institution de [...], établi à la suite d'un examen neuropsychologique, les troubles attentionnels de l'assurée s'étaient aggravés. Le profil mnésique montrait des capacités d'apprentissage (quand les ressources attentionnelles nécessaires à l'apprentissage étaient mieux contrôlées), de stockage de l'information apprise ainsi que de recherche active de celle-ci fluctuantes, mais relativement conservées. Les troubles de l'humeur et probablement le traitement médicamenteux interféraient avec le fonctionnement cognitif en diminuant les capacités non seulement attentionnelles et exécutives, mais également mnésiques.

L'assurée a été mise au bénéfice de trois quarts de rente de l'assurance-invalidité à partir du 1<sup>er</sup> avril 2013.

Une nouvelle consultation a eu lieu le 11 juin 2013 au Service de neuropsychologie et de la neuroréhabilitation du Centre Z.\_\_\_\_\_. On extrait ce qui suit du rapport du 21 juin 2013 du Dr G.\_\_\_\_\_ :

« D'un point de vue purement neurologique, l'évolution est stationnaire. Nous sommes toujours confrontés à un syndrome neuro-psychiatrique post traumatisme crânio-cérébral sévère prédominé par des troubles psychiatriques dont une partie nous

semble antérieurs au traumatisme crânio-cérébral. Dans le contexte des troubles psychiatriques, la patiente bénéficie d'une troisième hospitalisation à la Clinique B.\_\_\_\_\_ avec nouvelle tentative d'adapter le traitement psychotrope.

La patiente présente indéniablement des troubles attentionnels et mnésiques, séquelles du traumatisme crânio-cérébral. Toutefois, une prise en charge neuropsychologique et logopédique ambulatoire à l'institution de [...] du 18.12.2012 au 31.03.2013 démontre également que la patiente a un potentiel interne des capacités mnésiques et attentionnels mais les troubles de l'humeur interfèrent de manière conséquente dans le recrutement de ses capacités et leur bon fonctionnement. »

Selon un rapport du 22 juillet 2013 de la Clinique B.\_\_\_\_\_, l'assurée a été hospitalisée pour une quatrième fois du 4 juin au 17 juillet 2013. Les éléments suivants ressortent dudit rapport :

« Lors des entretiens psychiatriques, la patiente évoque, à plusieurs reprises, ses difficultés d'ordre relationnel avec son ami, qui sont soulignées aussi pendant l'entretien de couple. Ces difficultés représentent un des facteurs déclencheurs de son état anxio-dépressif. La patiente, lors de disputes avec son ami, perd le contrôle, devient agressive, partiellement irritable et nerveuse. Un autre facteur de stress est en lien avec ses troubles cognitifs, qui sont pour elle très handicapants et qui l'empêchent de réinvestir dans des activités, surtout des activités intellectuelles qui ont toujours été une source de plaisir pour elle. Un autre facteur important à souligner est le rapport conflictuel avec son fils, qui aurait coupé tous les liens depuis plusieurs mois, en ne disant pas à sa mère qu'il venait de devenir père pour la troisième fois, il n'y a pas très longtemps. »

La X.\_\_\_\_\_ SA a mandaté le Dr D.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, pour réaliser une expertise pluridisciplinaire neurologique, neuropsychologique et psychiatrique, avec la collaboration de Mme C.\_\_\_\_\_, psychologue spécialisée en neuropsychologie, et du Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie.

Le rapport du 19 janvier 2014 de Mme C.\_\_\_\_\_ aboutit aux conclusions suivantes :

« Cet examen neuropsychologique, réalisé chez une assurée collaborante mais cliniquement très sévèrement ralentie, présentant une faible incitation verbale, met en évidence un tableau neuropsychologique sans incohérence, avec au premier plan des troubles attentionnels et un ralentissement sévères, se manifestant à divers niveaux des fonctions attentionnelles par :

- des troubles de l'attention divisée et de la vitesse de réaction (épreuves chronométrées ralenties, temps de réaction informatisés déficitaires) ;
  - des troubles d'attention spatiale fine (épreuve informatisée), avec prédominance de difficultés pour l'hémichamp visuel gauche ;
  - des troubles sévères de la mémoire de travail avec d'importantes difficultés à mobiliser les ressources attentionnelles lorsque la tâche devient plus contraignante sur le plan cognitif.
- Une fragilité de la mémoire verbale antérograde est également présente, ainsi que sur le plan rétrograde et autobiographique.

Par ailleurs, bien qu'un nombre important d'omissions soit présent dans l'hémichamp visuel gauche à une épreuve informatisée (TAP), nous n'observons pas de signes de latéralisation ni d'héminégligence visuelle ou motrice durant notre évaluation. Les praxies, les gnosies, le langage, les fonctions exécutives (sur le plan cognitif), se situent globalement dans les limites de la norme. »

Il ressort du rapport du 10 février 2014 signé par le Dr D. \_\_\_\_\_ qu'il n'existait aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychiatrique. L'assurée présentait néanmoins un trouble dépressif récurrent (épisode en rémission partielle) et un trouble de la personnalité non spécifié, mais qui n'avaient pas de répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan psychiatrique (troubles psychogènes), le Dr D. \_\_\_\_\_ a estimé qu'à partir du 13 décembre 2012, les facteurs étrangers à l'accident avaient pris une valeur prépondérante dans la persistance et la sévérité des troubles psychiatriques (psychogènes). Il s'agissait de tensions conjugales et familiales. Sans ces facteurs étrangers, le Dr D. \_\_\_\_\_ était convaincu que l'assurée aurait dû atteindre le *statu quo ante* et une guérison complète de ses troubles psychiques (psychogènes) au plus tard le 13 décembre 2012, soit deux ans après l'accident, selon la durée maximale pour le trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée de la CIM-10, même si l'assurée avait évolué vers un trouble dépressif récurrent. Le Dr D. \_\_\_\_\_ a considéré qu'il était justifié d'admettre une incapacité de travail moyenne de 80 % depuis l'événement traumatique du 13 décembre 2010 et, ce probablement jusqu'en été 2013. Cette incapacité de travail psychiatrique était ensuite diminuée. Selon le Dr D. \_\_\_\_\_, l'épisode dépressif était en rémission partielle à la date de l'expertise, ce qui signifiait que le seuil diagnostique n'était plus atteint. Le trouble de la personnalité n'était pas incapacitant *per se* et depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2014 au moins, il n'y avait par conséquent plus d'incapacité de travail pour les troubles psychogènes. Du point de

vue neurologique, le Dr K.\_\_\_\_\_ a retenu, dans son rapport du 11 février 2014, que l'assurée avait subi un TCC sévère, entraînant des troubles attentionnels et un ralentissement sévère. Elle avait gardé des séquelles contusionnelles temporales droites, entre autres choses. Il persistait des séquelles neuropsychologiques, associées à un discret hémisyndrome moteur gauche, majoré par une composante médicamenteuse, chez l'assurée traitée par de fortes doses d'antidépresseurs, anxiolytiques et neuroleptiques. Selon le Dr K.\_\_\_\_\_, avec la réduction du traitement psychotrope, l'état de santé pouvait s'améliorer, et parallèlement la capacité de travail, raison pour laquelle la situation méritait d'être réévaluée sur le plan psychiatrique quelques mois plus tard. La conclusion bidisciplinaire de l'expertise retenait ainsi qu'il n'y avait plus d'incapacité de travail à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014 sur le plan psychiatrique. Au niveau neurologique, la causalité naturelle entre les séquelles neuropsychologiques et l'accident était admise avec une vraisemblance prépondérante. Dites séquelles et l'effet de la médication neuroleptique étaient incompatibles avec une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Des mesures professionnelles étaient également prématurées. La situation devait faire l'objet d'une nouvelle évaluation psychiatrique, neurologique et neuropsychologique après l'arrêt ou la réduction du traitement neuroleptique.

Par courrier du 12 mars 2014, la X.\_\_\_\_\_ SA a informé l'assurée qu'au vu des conclusions de l'expertise du 10 février 2014, elle déclinait son intervention pour tout frais de traitement et pour toute incapacité de travail découlant de l'atteinte à la santé sur le plan psychiatrique à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2014. La X.\_\_\_\_\_ SA a précisé qu'en l'absence de limitation permanente de la capacité de gain, ni d'atteinte à l'intégrité physique ou mentale sur le plan psychiatrique, aucune rente d'invalidité, ni d'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne pouvaient être allouées sur le plan psychiatrique. Le versement des indemnités journalières et la prise en charge des frais médicaux ayant un rapport avec les troubles d'origine neurologique et neuropsychologique se poursuivaient vu que l'état de l'assurée n'était pas stabilisé sur ce plan.

L'assurée a fait valoir son désaccord dans un courrier du 26 mars 2014, qu'elle a complété par la suite en remettant un rapport du 4 avril 2014 du Dr V.\_\_\_\_\_, médecin traitant. Ce dernier a relevé que l'assurée était intègre de toute pathologie neuropsychiatrique avant l'accident. Selon le Dr V.\_\_\_\_\_, l'assurée a été précipitée depuis l'accident dans une dépression mélancolique dont elle ne voyait pas l'issue avec des pensées négatives et des idées noires, voire suicidaires, obligeant son compagnon à s'occuper d'elle en permanence, compte tenu d'un état de dépendance à la fois d'ordre somatique et psychologique installé de façon durable. Le médecin a ajouté que le syndrome dépressif restait marqué avec une douleur morale, une tristesse pathologique, des idées noires morbides, une labilité émotive et caractérielle, une impulsivité, des troubles attentionnels majeurs avec une difficulté d'aptitude à se concentrer, une anhédonie sociale et physique, une autodépréciation, un effondrement narcissique et une perte de l'élan vital.

Selon un rapport du 3 juillet 2014, les Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ n'ont noté aucune modification sur le plan neurologique par rapport à la dernière consultation. Le syndrome neuropsychiatrique post-TCC sévère était toujours présent, prédominé par des troubles psychiatriques dont une partie semblait être antérieure au TCC.

Par décision du 8 septembre 2014, la X.\_\_\_\_\_ SA a confirmé la teneur de son envoi du 12 mars 2014, en précisant que les frais sur le plan psychiatrique étaient pris en charge jusqu'au 12 mars 2014, sans reconnaissance d'obligation. Cette décision n'a pas fait l'objet d'une opposition.

Dans un rapport du 30 juin 2015, le Dr N.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a retenu un tableau dominé par un syndrome post-commotionnel, dont surtout une anxiété et une humeur dépressive, mais aussi une fatigabilité accrue, une irritabilité, un ralentissement, des difficultés de concentration et une intolérance au bruit, à la lumière et à la foule. Admettant une probable composante réactionnelle, sous la forme d'un trouble de l'adaptation, le Dr N.\_\_\_\_\_ a

néanmoins souligné que le fond de la symptomatologie et des limitations étaient clairement les conséquences du TCC. Il s'est référé à l'expertise du 11 février 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_, exposant que les syndromes dits neuropsychiatriques associés étaient divers, avec prédominance du syndrome dépressif. Le Dr N.\_\_\_\_\_ s'est étonné que ni le Dr D.\_\_\_\_\_, ni la X.\_\_\_\_\_ SA n'aient tenu compte de cet élément, ni d'un syndrome post-commotionnel, qui était selon lui au premier plan du tableau clinique et pour lequel l'assurée remplissait les critères diagnostics du DSM-IV et de la CIM-10. Selon le Dr N.\_\_\_\_\_, la limite de deux ans retenue par le Dr D.\_\_\_\_\_ pour la présence des troubles psychiatriques secondaires au TCC ne reposait sur aucun argument concret, hormis une conviction et une estimation personnelles. Le Dr N.\_\_\_\_\_ en a conclu qu'une nouvelle expertise devait être ordonnée, portant sur les éléments dans leur ensemble, en particulier dans la perspective d'un syndrome post-commotionnel invalidant.

Poursuivant l'instruction sur le plan neurologique et neuropsychiatrique, la X.\_\_\_\_\_ SA a mandaté le Dr J.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, afin de réaliser une expertise neurologique et neuropsychologique, en collaboration avec M. R.\_\_\_\_\_, neuropsychologue. On extrait ce qui suit du rapport du 19 novembre 2015 de ce dernier :

« [...] il n'y a pas de ralentissement observable autre que celui induit par les comportements particuliers de l'assurée. Les fonctions exécutives, l'intensité attentionnelle, la mémoire de travail et l'efficacité intellectuelle sont en ordre.

Il y a un défaut d'effort à certaines tâches, notamment à celles demandant un investissement continu ou présentant un certain degré de difficulté, avec des aveux d'incapacité et des refus de répondre.

*Comparaison avec les bilans précédents :* On relèvera tout d'abord la persistance de troubles attentionnels de bilan en bilan chez cette assurée, notamment en attention divisée, où ils sont jugés sévères par Mme C.\_\_\_\_\_ en 2014. Relativement à l'examen de Mme C.\_\_\_\_\_, on ne retrouve pas aujourd'hui les troubles sévères en mémoire de travail. Il n'y pas de trouble exécutif avéré. En ce qui concerne l'attention divisée, je retrouve des difficultés, mais pas de déficit. Un ralentissement sévère est aussi mentionné dans plusieurs des évaluations antérieures, mais je ne le retrouve pas dans le présent examen, ni au plan clinique, ni dans les tests d'intensité

attentionnelle. Je ne retrouve pas non plus les troubles exécutifs qui ont été régulièrement décrits dans les bilans antérieurs, quoique dans l'évaluation de [...], ils étaient déjà limités à de *légères difficultés d'inhibition*.

*Discussion* : Les quelques déficits observés sont isolés et peu consistants. Un certain nombre d'entre eux sont imputables aux comportements de l'assurée qui insiste sur ses incapacités, voire peut refuser de répondre à certaines tâches en invoquant ses incapacités ou qui peut répondre plus ou moins au hasard.

Ceci étant, même si on considérait la totalité des déficits et problèmes constatés aux tests comme des reflets totalement crédibles des compétences cognitives de l'assurée, ils constitueraient un ensemble peu typique de séquelles cognitives d'un TCC, notamment du fait de l'absence de troubles exécutifs avérés et de la préservation de la mémoire de travail. Ils se trouveraient plus proches de ce que l'on peut observer dans les tableaux dépressifs, avec une prédominance de troubles de la mémoire correspondant en fait, comme le montre le profil des troubles au RL RI 16, à un déficit en restitution mais pas en stockage.

Quant aux comportements agis par l'assurée, ils ne s'apparentent pas non plus à des troubles du comportement d'allure frontale comme ils peuvent apparaître suite à un TCC. Il s'agit bien plutôt de comportements pour partie au moins d'origine dépressive ou relatifs à un trouble de la personnalité, diagnostics retenus par le Dr D. \_\_\_\_\_. Il en va de même d'ailleurs du défaut d'effort constaté dans l'examen (relatif au demeurant puisque la liste des déficits avérés est fort succincte), qui sont en fait des manifestations conformes à ce que l'on peut observer dans les contextes de dépression et de troubles de la personnalité.

En conséquence, on ne peut plus aujourd'hui conclure à la persistance de séquelles cognitives de l'accident de 2010 et du TCC qui s'en est suivi. En d'autres termes, [...] la capacité de travail et le rendement dans l'activité antérieure (service hôtelier d'un hôpital) doivent être estimées complètes du strict point de vue neuropsychologique. Si altération de la capacité de travail il y a, elle serait liée à des problématiques psychiatriques ou d'autre nature, mais qui ne sont neuropsychologiques. »

Le Dr J. \_\_\_\_\_ a déposé son rapport d'expertise le 26 novembre 2015. Il en ressort que l'examen neurologique proprement dit ne mettait pas en évidence d'atteinte significative, si ce n'est un ralentissement idéatoire et moteur global, non latéralisé, sans syndrome akinéto-rigide associé, sans atteinte pyramidale, sensitive et extrapyramidale évidente, les déficits neurologiques latéralisés notés préalablement n'ayant plus été retrouvés. Les éléments suivants sont retenus en conclusion de l'expertise :

« En conclusion, sur le plan strictement neurologique, le présent bilan met en évidence un ralentissement global, ne paraissant pas correspondre à un surdosage médicamenteux sur la base des dosages effectués par le Dr D.\_\_\_\_\_. L'anamnèse et l'examen clinique n'apportent pas non plus d'arguments en direction d'un ralentissement lié à une atteinte extrapyramidale post-traumatique ou d'autre nature puisque les mouvements rapides et alternés, de même que la marche, sont encore normalement effectués après stimulation de la patiente par l'examineur, comme cela était déjà le cas lors des examens pratiqués par le Dr K.\_\_\_\_\_ et le Dr D.\_\_\_\_\_. Mme F.\_\_\_\_\_ paraît donc présenter un ralentissement idéomoteur global dont l'étiologie exacte ne peut être déterminée sur la base des éléments actuellement à disposition, l'hypothèse médicamenteuse pouvant être actuellement raisonnablement écartée sur la base des dosages et du traitement actuel. Comme toujours, dans le contexte, une origine post-traumatique liée à un ébranlement cérébral avec lésion axonale diffuse, contusion, etc. est théoriquement envisageable mais les éléments à notre disposition (anamnèse, dossier médical, résultat des examens neuroradiologiques) ne permettent pas de retenir avec probabilité ou certitude l'existence d'un traumatisme cranio-cérébral suffisamment important pour expliquer en soi un ralentissement majeur persistant au-delà de 1 à 2 ans après l'accident.

[...]

Comme précité, le présent bilan n'apporte aucun argument en direction d'un syndrome extrapyramidal ou frontal, de nature post-traumatique ou autre, expliquant le tableau clinique. Etant donné le contexte psychologique avec une patiente travaillant comme nettoyeuse alors qu'elle dispose d'un diplôme universitaire, il est bien entendu plutôt envisageable que le ralentissement observé chez Mme F.\_\_\_\_\_ soit en fait l'expression non pas d'un problème neurologique / neuropsychologique notamment post-traumatique mais bien l'expression de facteurs psychiques, qu'il s'agisse d'un état dépressif ou de l'expression d'une problématique d'autre nature. Je rappelle à ce propos que la part respective des éléments post-traumatiques et maladiques dans le tableau psychique a déjà été discutée par le Dr D.\_\_\_\_\_. Il ne sera en conséquence pas rediscuté dans la présente expertise.

En conclusion, nous ne pouvons que dire que le tableau clinique (ralentissement idéomoteur sans autre pathologie neurologique significative) ne trouve pas d'explication probable ou certaine dans les conséquences de l'événement accidentel du 13.12.2010. A cela s'ajoutent les constatations du bilan neuropsychologique.

S'il existe vraisemblablement une relation de causalité partielle entre les troubles neuropsychologiques et l'événement accidentel du 13.12.2010, même si Mme C.\_\_\_\_\_ dit que les résultats du bilan neuropsychologique sont compatibles avec les séquelles d'un TCC sévère chez une patiente présentant un haut niveau cognitif de base, il faut bien admettre que le bilan neuropsychologique s'avère assez particulier avec un tableau « *remarquable* » comme le décrit M. R.\_\_\_\_\_, la patiente pleurnichant littéralement lorsqu'elle entre dans son bureau, tremblant, avec un ton très plaintif, une voix

faible, une expression orale marquée par des discrets troubles de l'élocution conduisant à des achoppements phonémiques. Mme F. \_\_\_\_\_ apparaît comme d'emblée démonstrative, se présentant à la fois comme désespérée et extrêmement anxieuse, mais présentant finalement uniquement des déficits isolés avec en particulier pas de ralentissement observable autre que celui induit par les comportements particuliers de l'assurée, les fonctions exécutives, l'intensité attentionnelle, la mémoire de travail et l'efficacité intellectuelle étant en ordre. En outre, le bilan montre un défaut d'effort à certaines tâches, notamment à celles demandant un investissement continu ou présentant un certain degré de difficultés, les déficits précités apparaissant comme isolés et peu consistants, un certain nombre d'entre eux étant clairement imputables au comportement de l'assurée insistant sur ses incapacités.

Ceci étant, comme le mentionne M. R. \_\_\_\_\_, même si on considérait la totalité des déficits et problèmes constatés aux tests comme des reflets totalement crédibles des compétences cognitives effectives de l'assurée, il constituerait un ensemble peu typique de séquelles cognitives d'un TCC, notamment du fait de l'absence de troubles exécutifs avérés et de la préservation de la mémoire de travail, se trouvant plus proche de ce que l'on peut observer dans les tableaux dépressifs que comme séquelles d'un TCC.

Quant aux comportements agis par l'assurée, là-encore, comme le mentionne M. R. \_\_\_\_\_, ils ne s'apparentent pas à des troubles du comportement d'allure frontale comme ils peuvent apparaître suite à un TCC mais bien à des comportements pour partie au moins d'origine dépressive ou relative à un trouble de la personnalité, diagnostic retenu par le Dr D. \_\_\_\_\_. Il en va de même d'ailleurs du défaut d'effort constaté dans l'examen.

En conséquence, au vu des éléments neurologiques et neuropsychologiques, on ne peut plus aujourd'hui conclure à la persistance probable ou certaine de séquelles cognitives et neurologiques de l'accident de 2010 et du TCC qui s'en est suivi.

En d'autres termes, la relation de causalité entre les troubles actuels et l'événement accidentel de 2010 est au plus possible mais non probable ou certaine tant sur le plan neurologique que neuropsychologique.

[...] la capacité de travail et le rendement dans l'activité antérieure (service hôtelier d'un hôpital) doivent être estimés comme complets du strict point de vue neuropsychologique et neurologique car, s'il y avait altération de la capacité de travail, cette dernière serait liée à des problèmes psychiatriques ou d'autre nature mais non d'ordre neurologique (il n'y a pas de déficit neurologique stricto sensu important, hormis le ralentissement) et neuropsychologique.

Au vu des éléments susmentionnés, les troubles constatés au présent bilan ne trouvent pas d'explication probable ou certaine dans les conséquences de l'événement accidentel du 13.12.2010 tant sur le plan neurologique que neuropsychologique en l'absence d'atteinte post-traumatique clairement documentable. Nous concluons donc à des troubles neuropsychologiques et

neurologiques apparus dans les suites de l'événement accidentel du 13.12.2010, avec une relation de causalité temporelle mais sans relation de causalité naturelle probable ou certaine objectivable sur la base des éléments à disposition, l'origine exacte des troubles restant indéterminée.

[...]

Contrairement à ce qui a été écrit préalablement, il faut tout d'abord relever qu'il n'y a pas, à l'étude du dossier et à l'anamnèse prise auprès de la patiente, d'éléments clairement indicateurs d'une altération des capacités cognitives imputables à la consommation régulière de neuroleptiques, étant donné que, sur la base des éléments à notre disposition, la consommation de neuroleptiques est restée dans les limites de la norme thérapeutique avec des taux sanguins indiquant une consommation régulière mais sans exagération des neuroleptiques ordonnés par les différents médecins-traitants, le taux légèrement élevé d'[...] (prise de sang du 15.01.2014) ne pouvant expliquer l'importance du ralentissement présenté par Mme F.\_\_\_\_\_. En cela, nous différons de l'appréciation du Dr K.\_\_\_\_\_ quant à l'effet de la consommation des médicaments dans le cas présent. On ne peut donc pas conclure que les doses de médicaments psychotropes prises par le passé étaient suffisamment importantes pour expliquer le ralentissement et l'altération des capacités cognitives observés lors des différents bilans neuropsychologiques.

[...]

Compte tenu des éléments à disposition, on peut conclure que les troubles présentés encore actuellement par Mme F.\_\_\_\_\_ ne peuvent être mis en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel du 13.12.2010. En conséquence de quoi, on peut considérer que le traumatisme cranio-cérébral du 13.12.2010 n'a pas laissé de séquelles significatives. Il n'y a donc pas de traitement à envisager en tant que traitement des suites de l'accident. L'état de santé est définitif et stabilisé depuis 2 ans au moins après l'événement accidentel. »

Par décision du 31 décembre 2015, la X.\_\_\_\_\_ SA a informé l'assurée qu'elle mettait fin à toutes les prestations au 31 décembre 2015 au vu de l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_.

L'assurée s'est opposée à cette décision par courrier du 20 janvier 2016, en faisant valoir que son problème principal, soit ses troubles de la mémoire, était en lien direct avec l'accident. Elle a notamment transmis un rapport du 18 janvier 2016 du Dr N.\_\_\_\_\_, qui reprochait aux derniers experts de s'être satisfaits d'une appréciation médicale excluant toute étiologie ou explication aux troubles présentés par l'assurée. Le Dr N.\_\_\_\_\_ a réitéré que le syndrome post-

commotionnel, qui était présent dès le début et qui ne s'était pas amélioré ensuite, avait été ignoré à tort par les différents experts. Ce syndrome était très vraisemblablement en lien direct avec l'accident et permettait d'expliquer les troubles de l'assurée. Le Dr N. \_\_\_\_\_ a ajouté que même s'il fallait retenir comme facteur favorisant la persistance des troubles de l'assurée la présence de troubles de la personnalité, ceux-ci n'avaient jamais engendré ni consultation, ni traitement, ni hospitalisation, ni incapacité professionnelle. Rien ne permettait de supposer ou de prétendre que l'assurée aurait souffert de ses troubles, déficits et incapacité, sans la survenue de l'accident.

Par décision du 14 juillet 2017, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a augmenté la rente de l'assurée à une rente entière à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2015.

La X. \_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition de l'assurée par décision sur opposition du 15 août 2017, en se référant aux différentes expertises au dossier, considérées comme probantes. La X. \_\_\_\_\_ SA a relevé que l'assurée n'avait fourni aucun indice concret permettant de douter de leur bien-fondé.

**B.** Par acte du 6 septembre 2017, F. \_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité en raison de ses troubles neuropsychologiques. Elle a également requis une allocation pour impotent. A son avis, l'inadéquation de sa médication ne devait pas la pénaliser, ni l'expertise du 10 février 2014 qui était selon elle erronée. La recourante a indiqué qu'elle souffrait toujours d'un syndrome post-commotionnel, ainsi que de troubles de la mémoire. Elle a reproché à la X. \_\_\_\_\_ SA de ne pas avoir déterminé la cause des troubles qui persistaient, excluant ainsi à tort un lien de causalité avec l'accident. La date de fin des troubles dus à l'accident fixé au 31 décembre 2012 était aussi arbitraire. La recourante s'est référée aux rapports du Dr K. \_\_\_\_\_ du 11 février 2014 et à ceux du Dr N. \_\_\_\_\_, qui renaient un lien de

causalité. A l'appui de son écriture, elle a produit un certificat médical du 28 août 2017 du Dr N. \_\_\_\_\_ ayant la teneur suivante :

« Le médecin soussigné certifie que Mme F. \_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome post-commotionnel selon les critères diagnostics de la CIM10 et du DSM IV ; ceci depuis le 20.05.2015 au moins, soit depuis le début de son suivi à ma consultation.

Sur la base du dossier médical à ma disposition, Mme F. \_\_\_\_\_ souffrait déjà de ce syndrome dans les suites immédiates de son traumatisme crânio-cérébral du 13.12.2010.

Ce syndrome est de degré sévère et invalidant chez Mme F. \_\_\_\_\_ . »

Dans un envoi complémentaire daté du 18 septembre 2017, la recourante a rappelé les conséquences liées à son trouble mnésique, l'empêchant de vivre seule au vu de ses oublis. Elle a ajouté vivre dans un constant mal-être et ne plus se sentir à sa place. Pour elle, ses troubles, identiques depuis sa sortie d'hôpital en 2011, étaient entièrement dus à l'accident du 13 décembre 2010.

Dans sa réponse du 21 novembre 2017, la X. \_\_\_\_\_ SA a conclu au rejet du recours, en faisant valoir que la recourante n'apportait pas d'éléments nouveaux et qu'elle se limitait à contester les conclusions de l'expertise du 26 novembre 2015. L'intimée s'est référée à sa décision sur opposition, ainsi qu'au rapport neuropsychologique de M. R. \_\_\_\_\_ du 19 novembre 2015 et à l'expertise neurologique du Dr J. \_\_\_\_\_ du 26 novembre 2015.

Répliquant le 15 janvier 2018, F. \_\_\_\_\_, désormais représentée par Inclusion Handicap en la personne Me Florence Bourqui, a précisé ses conclusions en indiquant qu'elle demandait l'octroi d'une rente d'invalidité entière à partir du 31 décembre 2015. Elle a soutenu que le rapport du 19 novembre 2015 de M. R. \_\_\_\_\_ devait être écarté vu son incohérence avec le reste du dossier quant au syndrome post-traumatique sévère dont elle souffrait, ayant de lourdes conséquences. Elle s'est référée au rapport du 11 février 2014 du Dr K. \_\_\_\_\_. La recourante a invoqué que ses troubles n'avaient pas pu disparaître au moment du nouvel examen par M. R. \_\_\_\_\_. La recourante a invoqué qu'elle

présentait de manière définitive des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral sévère empêchant toute reprise d'une activité lucrative, traumatisme en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 13 décembre 2010. Elle a contesté l'expertise du 10 février 2014 du Dr D.\_\_\_\_\_, qui ne mentionnait pas, à tort selon elle, le syndrome post-commotionnel parmi les diagnostics psychiatriques, alors que les critères de ce syndrome étaient tous remplis. La recourante a également reproché aux premiers experts d'avoir séparé la problématique psychiatrique de la problématique neurologique alors qu'elles étaient étroitement liées. A l'appui de son écriture, la recourante a produit un rapport du 12 décembre 2017 du Dr N.\_\_\_\_\_, ayant la teneur suivante :

« Le médecin soussigné certifie suivre Mme F.\_\_\_\_\_ depuis le 20.05.2015 à la suite du TCC sévère qu'elle a subi le 13.12.2010.

Mme F.\_\_\_\_\_ est en effet victime d'un traumatisme le 13.12.2010, engendrant un TCC sévère avec coma (GCS [score de Glasgow] à 4/15), une hémorragie sous-arachnoïdienne pariétale D, un état confusionnel puis des troubles cognitifs (attentionnels, mnésiques, exécutifs, ralentissement), ainsi que diverses autres lésions dont des fractures faciales, un œdème post-traumatique de la rétine G et un hémisyndrome moteur G discret.

Une fois sortie de son état confusionnel, Mme F.\_\_\_\_\_ présente un syndrome post-commotionnel, impliquant : déficit de la concentration, fatigabilité accrue, troubles du sommeil, intolérance au bruit/ à la musique / à la lumière / à la foule, anxiété, humeur dépressive et irritabilité.

Le coma, les troubles cognitifs, l'hémisyndrome moteur G et le syndrome post-commotionnel témoignent toutes de lésions cérébrales, dont des lésions axonales diffuses, nonobstant le fait que ces dernières ne sont pas visibles sur les examens radiologiques, ce qui n'est pas inhabituel.

Les troubles thymiques du syndrome post-commotionnel étant marqués, ils motivent une consultation psychiatrique en février 2011, durant le séjour de Mme F.\_\_\_\_\_ dans le service de neuroréhabilitation au Centre Z.\_\_\_\_\_. Cette consultation débouche sur l'introduction d'un traitement thymo-régulateur.

Dans le cadre du suivi de neuroréhabilitation, les troubles de l'humeur du syndrome post-commotionnel sont toujours décrits au premier plan, nécessitant plusieurs séjours en milieu psychiatrique, en [...] comme en [...], pays de domicile de Mme F.\_\_\_\_\_.

Alors que les neuroréhabilitateurs suivant Mme F.\_\_\_\_\_ attribuent clairement les troubles de l'humeur au syndrome post-commotionnel, aucun psychiatre consulté ne se prononce pour ou contre ce diagnostic, pas même le Dr D.\_\_\_\_\_ dans son expertise de 2014.

Actuellement, comme durant toute la période de mon suivi (depuis le 20.05.2015) et même dès le début 2011, Mme F.\_\_\_\_\_ remplit

clairement les critères diagnostics d'un syndrome post-commotionnel, tant selon la CIM10 que le DSM IV. »

Par duplique du 6 février 2018, la X. \_\_\_\_\_ SA a réitéré les éléments mentionnés dans sa réponse du 21 novembre 2017, en précisant que l'examen du Dr K. \_\_\_\_\_ datait du 16 janvier 2014 et celui du Dr J. \_\_\_\_\_ du 17 novembre 2015. Leurs conclusions se rapportaient donc à une situation déterminée à un moment précis. La X. \_\_\_\_\_ SA a ajouté que la décision du 8 septembre 2014, qui mettait fin aux prestations sur le plan psychiatrique vu l'absence de lien entre la persistance des troubles psychiatriques et l'accident, n'avait pas été contestée. Dite décision était ainsi entrée en force et ne pouvait plus être remise en question.

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

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (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 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

**2. a)** En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine

ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

**b)** Le litige porte en l'espèce sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents obligatoire pour les suites de l'événement survenu le 13 décembre 2010.

**c)** Il est précisé que le présent litige porte uniquement sur la décision de la X. \_\_\_\_\_ SA du 15 août 2017, soit sur la question de savoir si l'intimée est tenue de verser des prestations à la recourante en raison d'une atteinte neurologique et neuropsychologique. En effet, l'intimée a rendu une décision définitive et exécutoire s'agissant du volet psychiatrique dans la mesure où F. \_\_\_\_\_ n'a pas formé d'opposition à l'encontre de la décision notifiée le 8 septembre 2014 mettant expressément fin à la prise en charge des prestations relatives au traitement psychiatrique et déniait le droit à une rente du chef de cette atteinte. Les arguments invoqués par la recourante sur ce point ne sont donc pas recevables. Demeure réservée l'hypothèse d'un motif de révision ou de reconsidération de cette décision par l'assureur. La recourante n'allègue toutefois pas avoir ouvert une telle procédure et il n'incombe pas à la Cour de céans de statuer sur la question (art. 56 et 58 LPGA). Il ne s'agit pas non plus en l'occurrence d'un grief qui doit être examiné d'office (ATF 119 V 347 consid. 1 et consid. 6a *infra*).

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies

professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**4. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA).

**b)** L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc*

*ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

**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 et les références citées ; TF 8C\_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident en question (*statu quo sine* ; TF 8C\_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et la référence citée).

**d)** En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme crânio-cérébral, le dossier doit contenir suffisamment de renseignements médicaux permettant d'établir si, au moment déterminant, les troubles non objectivables encore présents doivent être considérés comme faisant partie du tableau clinique typique d'un tel traumatisme ou si cette problématique représente une atteinte à la santé psychique propre et distincte du tableau clinique. De la réponse à ces questions dépend en effet le point de savoir quels critères déterminants le juge doit appliquer pour se prononcer sur la causalité adéquate. C'est pourquoi la

jurisprudence préconise en principe la mise en œuvre d'une expertise pluri- ou interdisciplinaire (ATF 134 V 109 consid. 9.4 ; TF 8C\_384/2013 consid. 7)

**e)** Selon la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale, l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assureur-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2.3). Plus particulièrement, l'assureur-accidents ne répond que des conséquences des atteintes à la santé qui sont en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré ; c'est pourquoi l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-accidents n'a pas de force contraignante absolue pour l'assurance-invalidité, et vice-versa (ATF 133 V 549 consid. 6.2 et 6.4 ; 131 V 362 consid. 2.2.1 et 2.2.2).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. 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 de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**6. a)** Il est relevé à titre liminaire que le grief de la recourante relatif au fait que l'expertise du 26 novembre 2015 aurait dû porter sur l'aspect psychiatrique de ses atteintes, en plus des volets neurologique et neuropsychologique, tombe à faux. En effet, le Dr N.\_\_\_\_\_, seul médecin à critiquer ce point, n'étaye pas en quoi les conclusions de l'expertise précitée seraient erronées du fait qu'elle porte uniquement sur les troubles neurologiques et neuropsychologiques. Il ne démontre pas dans ses différents rapports qu'avec une expertise pluridisciplinaire comportant un examen psychiatrique, le résultat de l'analyse aurait prouvé, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 13 décembre 2010 et les troubles de la recourante sur le plan neurologique et neuropsychologique, seuls aspects devant être examinés en l'espèce (consid. 2c *supra*).

**b)** Sur le plan médical, il est établi que la recourante a souffert d'un TCC sévère à la suite de l'accident du 13 décembre 2010, entraînant notamment des troubles mnésiques, exécutifs et attentionnels, ainsi qu'un ralentissement psychomoteur (en particulier rapports du 4 avril 2011 des Drs T.\_\_\_\_\_ et L.\_\_\_\_\_ ; du 14 juin 2011 du Dr G.\_\_\_\_\_ ; du 23 novembre 2011 de Mme H.\_\_\_\_\_ ; des 24 avril et 19 juin 2012 des Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ; du 19 janvier 2014 de Mme C.\_\_\_\_\_ ; du 11 février 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_).

**c)** Les différents médecins consultés mettent en avant une évolution des troubles. Dans leur rapport du 19 octobre 2012, les Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ signalent une normalisation des capacités mnésiques épisodiques visio-spatiales et une amélioration de certaines capacités exécutives, mais une péjoration des capacités mnésiques épisodiques antérogrades verbales. Un rapport de l'Institution de [...] du 11 décembre 2012 fait état d'une aggravation des troubles attentionnels, les capacités d'apprentissage, de stockage de l'information apprise et de recherche active étant fluctuantes mais relativement conservées. Le Dr G.\_\_\_\_\_ note chez la recourante un potentiel interne des capacités mnésiques et attentionnels, mais avec une interférence des troubles de

l'humeur dans le recrutement de ses capacités et leur bon fonctionnement (rapport du 11 juin 2013). Dans son rapport du 19 janvier 2014, Mme C.\_\_\_\_\_ détaille les troubles, soit un ralentissement et des troubles attentionnels sévères, se manifestant par des troubles de l'attention divisée et spatiale fine, des troubles de la vitesse de réaction et des troubles sévères de la mémoire de travail. Les autres analyses étaient globalement dans les normes. Le Dr K.\_\_\_\_\_ retient quant à lui dans son rapport du 10 février 2014 que la recourante présentait encore un ralentissement sévère et des troubles attentionnels. De son avis, une réduction du traitement psychotrope pouvait permettre l'amélioration de l'état de santé. Le Dr G.\_\_\_\_\_ décrit également l'influence des médicaments sur l'état de santé de la recourante en relevant une aggravation à la suite d'un changement de psychotrope (rapport du 25 juillet 2011). Cette influence de la médication est aussi soulignée par d'autres médecins (rapports du 9 janvier 2012 des Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ ; du 11 décembre 2012 de l'Institution de [...] ; du 11 février 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_).

**d)** Sur la base de l'expertise du Dr J.\_\_\_\_\_ du 26 novembre 2015, l'intimée a retenu que le lien de causalité entre les troubles de la recourante et l'accident du 13 décembre 2010 n'existait plus, ce que la recourante conteste.

**aa)** Dans leur analyse, M. R.\_\_\_\_\_ et le Dr J.\_\_\_\_\_ relèvent que la situation de la recourante a évolué. Les fonctions exécutives, l'intensité attentionnelle, la mémoire de travail et l'efficacité intellectuelle sont en ordre. La recourante présente encore certaines difficultés concernant l'attention divisée, mais il ne s'agit plus de déficit. Il résulte uniquement un défaut d'effort à certaines tâches et des déficits isolés, peu consistants, imputables aux comportements de la recourante, mais qui constituent un ensemble peu typique de séquelles cognitives d'un TCC. L'examen clinique ne met pas en évidence d'atteinte significative et les déficits neurologiques latéralisés précédemment relevés ne sont plus retrouvés. S'agissant des troubles neuropsychologiques, il existe un ralentissement global, qui est induit selon l'expertise du 26 novembre

2015 par les comportements particuliers de la recourante. Le Dr J. \_\_\_\_\_ explique les raisons pour lesquelles une origine post-traumatique ne paraît pas pouvoir être retenue au vu des différents examens réalisés, soit l'absence d'argument en faveur d'un syndrome extrapyramidal ou frontal, de nature post-traumatique ou autre. Il en conclut que le lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles actuels de la recourante doit être considéré comme ayant disparu. Au demeurant, dans leur rapport du 11 juin 2013, les Drs T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ évoquaient déjà la prévalence des troubles psychiatriques dans le syndrome neuropsychiatrique post-traumatique, dont une partie (des troubles) pouvait être antérieure à l'accident (également relevé dans leur rapport du 3 juillet 2014 et celui du 13 avril 2011 de la Dresse S. \_\_\_\_\_).

**bb)** Les rapports de M. R. \_\_\_\_\_ et du Dr J. \_\_\_\_\_ ont été rendus en connaissance de tous les avis médicaux versés au dossier, notamment des rapports des Drs T. \_\_\_\_\_ et G. \_\_\_\_\_ faisant état d'un syndrome neuropsychiatrique post-TCC. M. R. \_\_\_\_\_ a réalisé différents examens pour analyser les troubles de la recourante. Cette dernière ne critique pas la manière dont les examens ont été menés et ne se prévaut d'aucun avis médical postérieur au 19 novembre 2015 qui aboutirait à des résultats différents. M. R. \_\_\_\_\_ a en outre exposé les différences constatées avec les rapports précédents et justifié ses propres constatations au moyen des examens réalisés. Il a de surcroît expliqué pour quelles raisons les déficits et problèmes constatés lors de la passation des tests étaient peu typiques des séquelles cognitives d'un TCC mais plus proches d'un tableau dépressif, tout comme les comportements de la recourante, lesquels ne relevaient pas des troubles de comportement d'allure frontale pouvant apparaître après un traumatisme crânio-cérébral, mais plutôt de comportements pour partie au moins d'origine dépressive ou relatifs à un trouble de la personnalité. Le Dr J. \_\_\_\_\_ a également explicité les raisons permettant d'exclure la persistance des séquelles cognitives. La recourante ne produit aucun rapport détaillé s'inscrivant à l'encontre de l'appréciation neurologique de son état de santé par le Dr J. \_\_\_\_\_. Les rapports de M. R. \_\_\_\_\_ et du Dr J. \_\_\_\_\_ satisfont du reste aux réquisits jurisprudentiels pour se voir

conférer entière valeur probante (consid. 5 *supra*). Ils contiennent une appréciation claire de la situation médicale et aboutissent à des conclusions soigneusement motivées. Il y a dès lors lieu de pas lieu de s'en écarter.

**cc)** Les autres documents médicaux figurant au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions de ladite expertise. En particulier, il ne découle pas du rapport du 11 février 2014 du Dr K.\_\_\_\_\_ que les troubles neuropsychologiques seraient définitivement incapacitants, d'autant que celui-ci s'interrogeait sur l'impact du traitement médicamenteux. Une évaluation médicale la plus contemporaine possible doit être privilégiée, en l'occurrence, celle du Dr J.\_\_\_\_\_. Il en va de même des rapports des Drs T.\_\_\_\_\_ et G.\_\_\_\_\_ des 24 avril et 19 octobre 2012, retenant une incapacité de travail définitive. Ces médecins n'expliquent pas les raisons pour lesquelles l'incapacité serait définitive, alors même qu'ils constatent au fil de leur rapport une certaine amélioration des troubles de la recourante. L'appréciation de la situation du point de vue de l'assurance-invalidité ne justifie pas non plus de s'écarter de l'expertise du 26 novembre 2015 (consid. 4e *supra*).

**dd)** Quant aux rapports du Dr N.\_\_\_\_\_, ils ne permettent pas de battre en brèche l'expertise du 26 novembre 2015. Ce médecin n'expose pas en quoi les examens réalisés par les experts et les conclusions auxquelles ils ont abouti seraient infondés. Le Dr N.\_\_\_\_\_ substitue son appréciation quant à l'existence d'un syndrome post-commotionnel, mais ne démontre pas les raisons pour lesquelles l'analyse des experts serait erronée. Il ne détaille pas non plus les conséquences d'un syndrome post-commotionnel sur la capacité de travail de la recourante. Enfin, en relation avec le grief de méconnaissance de la sévérité des symptômes, il sera rappelé que ce n'est pas la gravité qui fait le lien de causalité naturelle (consid. 4b et c *supra*).

**e)** Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 décembre 2010 et les troubles

persistants de la recourante n'existait plus au plus tard au stade des examens cliniques fondant l'expertise du 26 novembre 2015 et que l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme aux prestations au 31 décembre 2015 et en refusant l'octroi d'une rente d'invalidité.

**7. a)** En définitive, le recours s'avère mal fondé et doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue par la X. \_\_\_\_\_ SA le 15 août 2017 est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Inclusion Handicap, Me Florence Bourqui (pour F. \_\_\_\_\_),
- X. \_\_\_\_\_ SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :