

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 19 janvier 2021

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Di Ferro Demierre, juge, et M. Küng, assesseur
Greffière : Mme Chaboudez

Cause pendante entre :

P._____, à [...], recourante, représentée par Me Alexandre Bernel, avocat
à Lausanne,

et

Z._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA ; 11 et 48 OLAA ; 43 al. 3 LPGA

E n f a i t :

A. P._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1978, travaillait depuis février 1999 en qualité de sommelière auprès du Café [...] à [...] et était, à ce titre, assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Z._____ (ci-après : Z._____ ou l'intimée).

Le [...] 1999, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'elle était conductrice avec un taux d'alcoolémie de 0.71 g ‰, l'assurée a entrepris le dépassement d'une automobile au cours duquel elle a perdu la maîtrise de son véhicule qui est venu heurter violemment un arbre situé en bord de route, puis a effectué plusieurs tonneaux avant de s'immobiliser dans un champ. Les trois passagers arrière du véhicule sont décédés, tandis que l'assurée et sa sœur, qui était passagère avant, ont été grièvement blessées. Polytraumatisée, l'assurée a présenté une perforation du côlon descendant et transverse avec péritonite stercorale qui a nécessité une intervention chirurgicale, un tassement et une fracture de la vertèbre L4 traités par spondylodèse L3-L4 et stabilisation de L3 à L5, une sublucation C4-C5 avec lésion ligamentaire, ainsi qu'un épisode de désaturation avec atelectasie pulmonaire droite supérieure sur bouchon muqueux ayant nécessité une bronchoscopie avec aspiration, au cours de laquelle une trachéobronchite mucoïde diffuse bilatérale a été découverte. L'assurée a par ailleurs présenté deux iléus mécaniques pour lesquels des laparotomies ont été nécessaires (rapport de l'Hôpital régional de J._____ du 23 septembre 1999).

Hospitalisée depuis l'accident, l'assurée a été transférée à l'unité de psychiatrie de l'Hôpital régional de J._____ le 21 septembre 1999, où elle a séjourné jusqu'au 15 novembre 1999.

Dans un rapport du 10 novembre 1999, le Dr G._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a posé le diagnostic de stress post-traumatique des suites d'un accident de voiture.

Z._____ a pris en charge les suites de cet accident, réduisant toutefois les prestations d'indemnités journalières de 40 % pendant deux ans en raison de la vitesse excessive et de la prise de boissons, par décision du 22 décembre 1999. L'assurée a formé opposition contre cette décision, mais l'a finalement retirée le 11 décembre 2001.

L'assurée a par la suite effectué un séjour à la clinique de réhabilitation de [...] du 22 décembre 1999 au 23 janvier 2000.

A la suite de tentamens médicamenteux, liés à son état anxio-dépressif post-traumatique et à la persistance de douleurs lombaires difficiles à calmer (rapports de l'Hôpital régional de J._____ du 25 juillet 2000), l'assurée a à nouveau séjourné à l'Hôpital de J._____ du 24 au 31 janvier 2000, du 21 au 22 mars 2000, du 6 au 10 avril 2000, du 21 au 22 juillet 2000, du 22 au 27 septembre 2000 et du 9 au 12 janvier 2001. Plusieurs séjours ont également eu lieu en raison d'idées suicidaires et de la recrudescence de l'état dépressif, du 16 au 30 juin 2000, du 4 au 30 octobre 2000 et du 5 au 8 mars 2001. Dans un rapport du 8 février 2000, le Dr G._____ posait les diagnostics de stress post-traumatique, d'état dépressif majeur, épisode isolé, d'abus d'alcool et d'état limite.

Une tentative de reprise de l'activité habituelle à 50 % du 2 au 15 mars 2000 s'est soldée par un échec. L'assurée a été licenciée pour le 31 mars 2000.

L'ablation du matériel d'ostéosynthèse au niveau de L3/L5 a été réalisée le 26 avril 2000.

A l'initiative de Z._____, une expertise psychiatrique a été réalisée par le Dr Q._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. Dans son rapport du 9 janvier 2001, il a retenu les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0), précisant que les troubles actuels étaient entièrement dus à l'accident et confirmant une

totale incapacité de travail dans toute activité. L'expert craignait une évolution de type schizoïde faute de prise en charge comportementale, laquelle permettrait à l'assurée de mieux gérer ses émotions. Le traitement médicamenteux a été qualifié d'inadéquat, ne servant qu'à apporter une anesthésie émotionnelle.

Par jugement du 8 juin 2001, le Tribunal correctionnel de première instance [...] a condamné l'assurée pour homicide par négligence, infractions graves à la loi sur la circulation routière et lésions corporelles graves par négligence à une peine de 13 mois d'emprisonnement avec sursis pendant trois ans, ainsi qu'au paiement des frais judiciaires et de dépens à la partie plaignante.

En 2002, l'assurée a présenté des douleurs abdominales. Une hernie abdominale du flanc gauche a été diagnostiquée et a été considérée en rapport direct avec l'accident (prise de position du Dr F._____ du 6 janvier 2003).

L'assurée s'est mariée en [...] 2002 et a accouché d'un premier enfant en 2003, puis d'un deuxième en 2005.

Dans un rapport du 11 août 2003, le Dr X._____, nouveau médecin traitant de l'assurée, a indiqué que depuis son déménagement dans la région [...], son état psychique était globalement stationnaire.

Par courrier du 8 avril 2005, elle a annoncé avoir repris un suivi psychothérapeutique, auprès du Dr C._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie.

A la demande de Z._____, une expertise bidisciplinaire a été réalisée le 15 septembre 2005 par le S._____ de [...] (ci-après : S._____). Dans un rapport du 11 novembre 2005, les Drs W._____, neurochirurgien, et H._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, ont posé les diagnostics suivants :

- « - Status après lésion de l'appareil ligamentaire postérieur C4-C5 avec instabilité post-traumatique C4-C5, oligosymptomatique.
- Status après PLIF [fusion intervertébrale lombaire postérieure] L3-L4 et fixateur interne L3-L5 pour fracture comminutive de L4. Angulation cyphotique résiduelle de 11° entraînant des troubles statiques. Probable instabilité post-traumatique L4-L5.
- Status après traumatisme abdominal avec status adhérentiel et probable hernie de Spiegel gauche.
- Status après contusion cérébrale.
- Etat de stress post-traumatique en voie de résolution (depuis 2002).
- Angoisses en tant que conductrice de voiture. »

Ces troubles étaient dus à l'accident du [...] 1999. Les experts recommandaient un complément d'investigations au sujet de l'instabilité L4-L5 et éventuellement de l'instabilité ligamentaire C4-C5, avec discussion de l'indication à une nouvelle fixation chirurgicale. Ils ont estimé que l'assurée bénéficiait, sur le plan somatique, d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, à savoir dans une activité sédentaire avec possibilité de changement de position et sans manipulation de charge dépassant 5 kg. Sur le plan psychique, le pronostic était favorable et la capacité de travail de l'assurée était de 100 %, sans diminution de rendement et sans limitation, si ce n'est la conduite de voiture. Il ressortait en outre du rapport d'expertise que l'assurée avait été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis 2002.

Dans les suites de cette expertise, l'assurée a été examinée par le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a estimé, dans son rapport du 11 mai 2006, que les chances d'une réussite chirurgicale étaient inférieures à 50 %, privilégiant une approche antalgique ou de réadaptation fonctionnelle. Des séances de physiothérapie ont finalement été organisées (rapport du Dr X. _____ du 7 juin 2006). Z. _____ a encore requis l'avis du Dr W. _____ (rapport du 22 août 2006) sur les possibilités d'amélioration liées à une chirurgie, puis celui du Dr L. _____, neurochirurgien (rapport du 25 avril 2007).

Après avoir réduit les indemnités journalières de l'assurée à 50 % à partir du 1^{er} janvier 2007, Z. _____ a, par décision du 17 décembre

2007, mis un terme aux indemnités journalières au 31 décembre 2007 ainsi qu'au traitement médical, à l'exception de séances de physiothérapie, lui a reconnu le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 15 % et a fixé son taux d'invalidité à 40 %, retenant qu'elle bénéficiait d'une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Z._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée par décision sur opposition du 22 avril 2008, laquelle est entrée en force.

L'assurée a donné naissance à un troisième enfant en janvier 2010. L'augmentation de son droit à la rente AI consécutive à cet événement a conduit à la fin du versement de sa rente d'invalidité LAA en raison d'une surindemnisation, ce dont Z._____ l'a informée par décision du 6 décembre 2010.

Par communication du 18 décembre 2014, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a confirmé le droit de l'assurée à une rente entière de l'assurance-invalidité.

B. L'assurée a été hospitalisée à l'Hôpital de R._____ du 30 mars au 27 avril 2016. En septembre 2016, elle a repris contact avec Z._____ concernant la prise en charge de ce traitement psychiatrique, qu'elle estimait être la rechute de l'événement du [...] 1999.

Dans une attestation du 28 octobre 2016, le Dr X._____ a indiqué que la prise en charge psychiatrique à l'Hôpital de R._____ était en rapport avec l'accident survenu en 1999, qu'il s'agissait d'un cas lié au syndrome post-traumatique.

Par courrier du 9 novembre 2016, Z._____ a refusé d'entrer en matière sur la prise en charge qui lui était demandée, en l'absence de « lien de causalité adéquate » avec l'accident.

Le 29 novembre 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son avocat, a sollicité de la part de Z._____ la prise en charge des factures de ses hospitalisations aux Hôpitaux de M._____ et de R._____, liées à

des douleurs consécutives à l'accident et à de « multiples tentatives de suicide ».

Z._____ a réceptionné le 5 décembre 2016 le rapport de l'échographie de l'abdomen complet réalisée le 2 septembre 2016 en raison de douleurs en fosse iliaque gauche. Cet examen ne montrait pas d'anomalie significative, mais a mis en évidence une atrophie de la musculature pariétale au flanc gauche avec éventration en Valsalva.

Le 7 décembre 2016, Z._____ a confirmé son refus de prise en charge, précisant que les tentatives de suicide annoncées étaient des événements intervenus alors qu'elle n'assumait pas de couverture d'assurance et que l'assurée n'avait pas apporté la preuve d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre ses troubles et l'accident. Elle a mentionné qu'à la suite de l'événement du [...] 1999, elle avait pris en charge les frais de traitements psychiatriques, mais uniquement dans le cadre des dispositions prévues par l'art. 36 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) et qu'elle n'avait jamais admis de lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiatriques de l'assurée, qui n'étaient pas liés aux lésions somatiques.

Dans un rapport médical du 7 décembre 2016 adressé à Z._____, le Dr D._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, a exposé ce qui suit :

« Lors de l'entretien d'admission dans notre établissement, nous comprenons que la patiente fait un lien direct entre ses problèmes actuels et l'accident de voiture dont elle a été victime dans [...] le [...].1999. [...] Depuis sa sortie de coma et jusqu'à aujourd'hui, Mme se sent très coupable, jugée par son entourage, elle rapporte de fortes angoisses. Toute cette situation a généré des altérations comportementales importantes ayant un impact direct sur sa vie quotidienne avec des relations familiales compliquées. Nous comprenons qu'au fil des ans cette situation s'est progressivement péjorée. Dernièrement elle reconnaît une nette aggravation de sa symptomatologie avec une thymie instable qu'elle a tenté d'apaiser par une consommation d'alcool avec tentative de suicide. [...] A noter que même si la patiente bénéficie d'un traitement médicamenteux psychiatrique, dernièrement elle gère sa médication à la demande, sans suivre les doses prescrites par son médecin. [...] Pour conclure, nous tenons à souligner que Mme a fait une rechute avec aggravation de sa condition de base depuis son hospitalisation

du 30 mars. Au vu de la persistance de sa symptomatologie, nous sommes en mesure de dire que le syndrome de stress post-traumatique dont souffre Mme P. _____ est assurément en rapport avec son accident de 1999. »

A partir de janvier 2017, Z. _____ a demandé à de nombreuses reprises à l'assurée la documentation médicale et administrative depuis 2007 afin de reconstruire son anamnèse, en vue de se prononcer sur le lien de causalité naturelle et adéquat entre les troubles psychiques et l'accident.

Dans une attestation du 9 janvier 2017, le Dr X. _____ a répété que la prise en charge psychiatrique à l'Hôpital de R. _____ était en rapport avec l'accident survenu en 1999, qu'il s'agissait d'un cas lié au syndrome post-traumatique.

Dans un rapport du 23 mars 2017, le Dr D. _____ a mentionné que l'assurée avait développé un stress post-traumatique dans les suites de l'accident, dont les symptômes avaient fluctué tout au long des années, sans jamais la quitter. Depuis son déménagement dans le canton de Vaud, elle s'était coupée de tous liens sociaux afin d'éviter les situations et facteurs déclenchants qui pourraient lui rappeler l'événement traumatisant. Il a posé les diagnostics d'état de stress post-traumatique (F43.1) et de trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.10). Il attestait de l'intrusion permanente des symptômes suivants : reviviscence de l'événement traumatique, incapacité d'empêcher les souvenirs de remonter à sa mémoire, difficultés relationnelles, cauchemars, pensées envahissantes, obsessionnelles, émoussement des émotions, ainsi que des symptômes neurovégétatifs tels qu'insomnies, irritabilité, difficulté de concentration, de mener à bien ses activités, hypervigilance, impression constante de danger imminent et réactions de sursauts exagérés. Selon lui, l'accident survenu en 1999 était en lien direct avec les manifestations symptomatiques actuelles de la patiente. Cet événement exceptionnel dépassait toutes les ressources personnelles de la patiente qui, de ce fait, présentait sur le long terme des critères de reviviscence, d'évitement et d'hyperréactivité.

Le 5 mai 2017, l'assurée, par le biais de son mandataire, a transmis à Z._____ une attestation du 26 avril 2017 du Dr C._____, qui certifiait l'avoir suivie de février 2005 à mars 2016, en moyenne une fois par mois.

Le 9 mai 2017, Z._____ a réceptionné le rapport des radiographies et de l'IRM lombaire du 18 avril 2017, qui montraient les séquelles post-traumatiques, sans signes d'instabilité au niveau du segment L4-L5, ni signes de compression ou d'irritation radiculaire.

A la demande de Z._____ (lettre du 11 août 2017), le Dr C._____ a fait parvenir les documents médicaux qu'il avait en sa possession, à savoir les rapports qu'il avait adressés à l'OAI les 23 juillet 2008 et 1^{er} juillet 2014 en lien avec la révision de sa rente, ainsi que l'expertise réalisée par le S._____.

Par plusieurs courriers, Z._____ a demandé à l'assurée de lui transmettre le nom des assureurs sociaux qui ont été amenés à se déterminer au sujet de la prise en charge de ses prestations ainsi que la copie des décisions éventuelles. Dans ses courriers de réponse, le mandataire de l'assurée a estimé que Z._____ était en mesure d'obtenir les renseignements nécessaires auprès des institutions d'assurance, lui demandant de préciser les documents et renseignements dont elle avait besoin.

Par courriers des 7 septembre 2017 et 14 septembre 2018, Z._____ a mis l'assurée en demeure de produire l'intégralité des rapports médicaux et éventuelles expertises établis entre 2007 et 2016, ainsi que de la correspondance avec les assureurs-maladie et accidents impliqués depuis 2007.

Dans un rapport du 25 juillet 2018, le Dr D._____ a confirmé les diagnostics précédemment posés et indiqué que l'assurée présentait un profil à risques d'abus médicamenteux, directement lié à la symptomatologie somatique, qui avait rendu nécessaire la mise en place

d'un suivi médicamenteux par des infirmiers du CMS. Leurs passages, au début journaliers, avaient pu être réduits en raison d'une évolution de la symptomatologie et de la diminution des abus médicamenteux, mais devaient être maintenus à l'avenir.

Le 4 octobre 2018, l'assurée a transmis à Z._____ les documents médicaux qu'elle avait reçus du Dr X._____, comprenant notamment une chronologie des consultations à son cabinet, de janvier 2008 à octobre 2016. Le 8 novembre 2018, elle a envoyé à Z._____ l'ensemble de son dossier auprès de l'Hôpital de M._____, avec en particulier les rapports du Service des soins intensifs des 30 mars et 24 avril 2016 en lien avec les tentatives de suicide.

Dans sa décision du 19 novembre 2018, Z._____ a retenu qu'elle n'avait toujours pas reçu d'informations précises concernant l'anamnèse de l'assurée de 2007 à 2016 malgré ses nombreuses demandes et que cette documentation lui était indispensable pour pouvoir se prononcer sur le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiatriques de l'assurée et l'événement du [...] 1999. Elle a indiqué avoir interpellé tous les médecins ayant, à sa connaissance, traité l'assurée, mais que la documentation s'avérait quasi inexistante. Elle a estimé qu'il appartenait à l'assurée d'apporter la preuve d'un lien de causalité entre l'accident et la rechute, ce que celle-ci elle n'avait pas été en mesure de faire. Elle s'est prévalu de la possibilité pour l'assureur de se prononcer en l'état du dossier ou de clore l'instruction et ne pas entrer en matière lorsque l'assuré ne se conforme pas à son obligation de renseigner et de collaborer à l'instruction. Elle a en outre précisé que les tentatives de suicide représentaient des événements en soi, dont la prise en charge nécessitait une incapacité totale de discernement au moment des faits et un lien de causalité, rappelant que ceux-ci avaient eu lieu alors qu'elle n'était plus l'assureur-accidents de l'assurée. Z._____ en a conclu que la notion de rechute ne pouvait pas être retenue et que l'assurée n'avait aucun droit aux prestations pour les troubles annoncés en octobre 2016. Elle a par conséquent procédé à la clôture de

l'instruction et refusé d'entrer plus en matière en ce qui concerne les troubles susmentionnés.

Par courriel du 12 décembre 2018, l'assurée a fait parvenir à Z._____ différents documents médicaux, dont une attestation du Dr C._____ du 10 décembre 2018, indiquant qu'il l'avait suivie de février 2005 à mars 2016 de manière régulière à raison d'une fois par mois, que la patiente était au bénéfice d'une rente AI entière depuis 2003 et qu'elle lui avait signalé en septembre 2017 qu'elle avait dû être hospitalisée à l'Hôpital psychiatrique de R._____ en avril 2016 et plusieurs fois en 2017.

L'assurée a formé opposition à la décision du 19 novembre 2018, par acte de son mandataire du 14 décembre 2018, invoquant avoir transmis l'ensemble des documents dont elle disposait et avoir délié ses médecins du secret médical à l'égard de Z._____, de sorte que l'assureur était libre de requérir les renseignements nécessaires et utiles, dans la mesure où ils auraient fait défaut. Elle estimait en outre que selon les documents produits, le lien de causalité naturelle et adéquate était donné.

Par décision sur opposition du 29 avril 2019, Z._____ a rejeté l'opposition formée par l'assurée, confirmé sa décision du 19 novembre 2018 et retiré l'effet suspensif à un éventuel recours. Elle a estimé que les documents produits ne permettaient pas d'établir un lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiatriques annoncés en octobre 2016 et l'accident de [...] 1999, qu'ils démontraient au contraire que plusieurs tentatives de suicide avaient eu lieu, à savoir des événements distincts non assurés par elle.

C. Désormais représentée par Me Alexandre Bernel, P._____ a recouru le 29 mai 2019 contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle a requis qu'un rapport médical soit demandé au Dr D._____, renseignant sur son suivi, les diagnostics posés, l'éventuel lien entre l'accident subi et ces troubles,

le traitement nécessaire, ainsi que l'incapacité de travail et les limitations découlant de ces affections psychiques.

Dans sa réponse du 16 juillet 2019, Z._____ a conclu au rejet du recours. Elle a considéré que les rapports produits, en particulier celui du Dr D._____ du 23 mars 2017, n'établissaient pas à satisfaction l'anamnèse de l'assurée depuis 2007. Elle a relevé que la recourante était en mesure de requérir elle-même le rapport sollicité à titre de mesure d'instruction.

Par réplique du 28 août 2019, la recourante a reproché à Z._____ de ne pas exposer les raisons pour lesquelles elle s'écartait des rapports établis par le Dr D._____, qui confirmait le lien de causalité entre ses manifestations symptomatiques depuis 2016 et l'événement traumatique de 1999. Elle a souligné que tant les experts du S._____ que les Drs Q._____ et C._____ estimaient que les problèmes psychiatriques découlaient d'un stress post-traumatique lié à l'accident, que l'expertise du S._____ recommandait la poursuite du traitement psychiatrique et que ce traitement avait effectivement eu lieu auprès du Dr C._____. Elle ne voyait dès lors pas en quoi la production d'un dossier plus complet du Dr C._____ serait nécessaire. Elle a requis la production d'un rapport par le Dr D._____ ainsi que la réalisation d'une expertise psychiatrique en vue de confirmer la persistance de l'aggravation de son état de santé depuis fin mars 2016 et d'évaluer sa capacité de travail. Elle a conclu à la réforme de la décision sur opposition entreprise, en ce sens que les frais de son traitement psychiatrique soient pris en charge par Z._____ dès mars 2016 inclus et que soient allouées des prestations pour incapacité de gain, respectivement pour invalidité, qui seront précisées en cours d'instance, subsidiairement à l'annulation de cette décision et au renvoi de la cause à Z._____ pour nouvelle instruction dans le sens des considérants.

Le 28 août 2019 également, la recourante a requis la production par Z._____ de l'opposition formée le 15 janvier 2008 à la

décision du 17 décembre 2007, ne figurant pas dans le dossier produit par l'intimée.

Donnant suite à un courrier de la recourante du 9 avril 2020, la juge instructrice a fait savoir par avis du 9 juin 2020 qu'en l'état, il n'apparaissait pas nécessaire de procéder à une instruction complémentaire sous la forme d'une expertise psychiatrique ni d'une demande de rapport médical au Dr D._____.

Dans ses déterminations du 17 septembre 2020, Z._____ a maintenu sa position, relevant que le Dr C._____ n'avait pas établi de rapport relatant l'état de santé de la recourante durant toutes les années de son suivi.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé 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 respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le refus de l'intimée de servir des prestations d'assurance à la suite d'une rechute invoquée par la recourante en octobre 2016.

3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} 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) 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. 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 (définition figurant à l'art. 4 LPGa, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003).

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).

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. 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 ; 115 V 133 consid. 6c) :

- 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).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

5. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5).

6. a) Dans sa décision, Z._____ refuse « d'entrer plus en matière » sur l'annonce de rechute faite par la recourante, reprochant à celle-ci une violation de l'obligation de collaborer et de renseigner, au motif qu'elle n'a pas transmis tous les documents permettant de reconstruire son anamnèse de 2007 à 2016.

b) Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent

de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (al. 3).

c) En l'occurrence, Z._____ a demandé à la recourante, à répétées reprises, de produire la documentation médicale et administrative depuis 2007 afin de reconstruire son anamnèse, en vue de se prononcer sur le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles psychiques et l'accident. Z._____ a également demandé à la recourante de lui fournir la correspondance avec les assureurs-maladie et accidents impliqués depuis 2007. A la suite de ces demandes, la recourante a transmis à Z._____, soit directement, soit par l'entremise de ses médecins :

- une attestation du Dr C._____ du 26 avril 2017, indiquant qu'il l'avait suivie régulièrement de mars 2005 à février 2016,
- les rapports que ce psychiatre a adressés à l'OAI les 23 juillet 2008 et 1^{er} juillet 2014 en lien avec la révision de la rente AI de la recourante,
- les documents médicaux qu'elle a reçus de son médecin traitant, le Dr X._____, comprenant notamment un résumé de toutes les consultations à son cabinet de janvier 2008 à octobre 2016,
- l'ensemble de son dossier auprès de l'Hôpital de M._____,
- une nouvelle attestation du Dr C._____ du 10 décembre 2018, indiquant qu'il l'avait suivie de février 2005 à mars 2016 de manière régulière à raison d'une fois par mois et que la patiente était au bénéfice d'une rente AI entière depuis 2003.

A la demande de Z._____ d'obtenir le nom des assureurs sociaux qui ont été amenés à se déterminer au sujet de la prise en charge des prestations ainsi que la copie des décisions éventuelles, la recourante a demandé à l'intimée de préciser les documents et renseignements dont

elle avait besoin et rappelé que celle-ci était en mesure d'obtenir les renseignements nécessaires directement auprès des institutions d'assurance. S'il est vrai que la recourante aurait pu être plus claire dans la transmission des informations relatives à ses assureurs sociaux, il n'en demeure pas moins qu'elle a fourni à Z._____, par lettre du 29 novembre 2016, le décompte de participation du [...], annonçant ainsi implicitement qu'il s'agissait de son assureur-maladie actuel. A noter par ailleurs que Z._____ a transmis les pièces du dossier de la recourante à cet assureur en date du 5 octobre 2016, se référant à une lettre de celui-ci du 20 septembre 2016 qui ne figure pas dans le dossier transmis à la Cour de céans. La recourante a en outre envoyé à Z._____ plusieurs rapports médicaux dont il ressort clairement qu'elle bénéficie d'une rente de l'OAI. A cet égard, il convient de rappeler que le comportement de la personne assurée ne doit être sanctionné en application de l'art. 43 al. 3 LPGA que pour autant que l'assureur a, en parallèle, tout mis en œuvre pour constituer un dossier aussi complet que possible, ce qui n'est pas le cas notamment lorsque l'assureur serait en mesure de se fonder sur d'autres données que celles dont il demande la communication ou lorsque, sans démarches excessivement compliquées, il aurait pu ou pourrait obtenir ailleurs les renseignements qui lui font défaut (ATF 108 V 229 consid. 2 ; 97 V 173 consid. 3).

Force est de constater que de nombreux documents ont été produits par la recourante à la suite des demandes de Z._____. Elle s'est notamment adressée aux médecins qui l'ont suivie entre 2007 et 2016, et a transmis à Z._____ les rapports qu'elle a reçus de ces médecins. On ne saurait dès lors conclure qu'elle a refusé de manière inexcusable de se conformer à son obligation de renseigner au sens de l'art. 43 al. 3 LPGA. Z._____ n'était dès lors pas légitimée à se fonder sur cette disposition pour refuser d'entrer en matière sur l'annonce de rechute faite par la recourante, respectivement pour statuer sur la base des pièces au dossier.

d) Se pose toutefois la question de déterminer si, sur la base des documents produits, Z._____ pouvait refuser d'entrer en matière sur l'annonce de rechute faite par la recourante, faute d'éléments suffisants

permettant de conclure à l'existence d'une rechute. Le Tribunal fédéral a en effet eu l'occasion de préciser que par analogie avec la procédure prévue à l'art. 87 al. 3 RAI (auparavant art. 87 al. 4 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201]) relative au dépôt d'une nouvelle demande de prestations en matière d'assurance-invalidité, la personne qui sollicite l'octroi de prestations doit rendre plausible l'existence d'une modification importante de l'état de fait, c'est-à-dire d'une rechute ou d'une séquelle tardive, pour que l'assureur-accident doive entrer en matière sur la nouvelle demande de prestations (TF U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1 ; voir également ATF 144 V 245 consid. 6.1).

En l'occurrence, la recourante a produit notamment plusieurs rapports du Dr D._____, dans lesquels celui-ci expose qu'elle souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.11) et d'un état de stress post-traumatique chronique (F43.1) qui est, selon lui, assurément en rapport avec l'accident de 1999. Il explique que l'événement exceptionnel de l'accident dépasse toutes les ressources personnelles de la patiente qui, de ce fait, présente sur le long terme des critères de reviviscence, d'évitement et d'hyperréactivité (rapports des 7 décembre 2016 et 23 mars 2017). Ce médecin expose en outre les symptômes observés chez la recourante et relate comment celle-ci a tenté, durant toutes les années depuis l'accident, d'éviter les situations et les facteurs déclenchants qui pourraient lui rappeler l'accident et la confronter à nouveau à cette réalité, en se coupant de tous liens sociaux.

Ces rapports rendent tout à fait plausible l'existence d'une rechute en lien de causalité avec l'accident, de sorte que Z._____ ne pouvait pas refuser d'entrer en matière sur la rechute annoncée.

7. a) Dans sa décision, Z._____ retient que les tentatives de suicide qui ont eu lieu en 2016 sont des événements en soi, qui se sont produits alors qu'aucune couverture d'assurance n'existait auprès d'elle. Elle relève en outre que leur prise en charge nécessite une totale

incapacité de discernement au moment des faits et un lien de causalité avec l'accident.

b) 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). Selon l'art. 37 al. 1 LAA, si l'assuré a provoqué intentionnellement l'atteinte à la santé ou le décès, aucune prestation d'assurance n'est allouée, sauf l'indemnité pour frais funéraires. Cependant, même s'il est prouvé que l'assuré entendait se mutiler ou se donner la mort, l'art. 37 al. 1 LAA n'est pas applicable si, au moment où il a agi, l'assuré était, sans faute de sa part, totalement incapable de se comporter raisonnablement, ou si le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation est la conséquence évidente d'un accident couvert par l'assurance (art. 48 OLAA ; voir à ce propos ATF 140 V 220 consid. 3 ; 129 V 95).

La deuxième hypothèse citée à l'art. 48 OLAA requiert l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et le suicide, la tentative de suicide ou l'automutilation. La question du lien de causalité adéquate doit être tranchée selon les critères de la jurisprudence relative aux suites psychogènes de l'accident (ATF 120 V 352 consid. 5, qui renvoie à l'ATF 115 V 133).

c) Contrairement à ce que l'intimée soutient, la condition de l'incapacité totale de discernement au moment du passage à l'acte et celle du lien de causalité avec l'accident ne sont pas cumulatives, mais alternatives. Il s'agit de deux situations différentes dans lesquelles le suicide ou la tentative de suicide constitue un événement assuré (ATF 120 V 352 consid. 3b).

En l'occurrence, il faut constater que la recourante n'était plus assurée auprès de Z. _____ contre les accidents professionnels et non professionnels lorsqu'elle a commis les tentatives de suicide au printemps 2016. En ce sens, il n'est pas nécessaire d'examiner si, au moment des

faits, la recourante était incapable de discernement. Dans le cas présent, nous sommes dans la deuxième hypothèse prévue par l'art. 48 OLAA, c'est-à-dire en présence de tentatives de suicide qui pourraient être la conséquence d'un précédent accident, à savoir celui de 1999, qui a été pris en charge par Z._____ en tant qu'assureur-accidents de la recourante à ce moment-là. Il convient donc d'examiner s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les tentatives de suicide de 2016, auquel cas celles-ci devraient être prises en charge par Z._____.

8. a) Dans sa décision, Z._____ considère que la recourante n'a pas apporté la preuve d'un lien de causalité entre l'accident de 1999 et les troubles annoncés en 2016. Elle estime que la preuve de l'existence d'un tel lien appartient à la recourante, et non à l'assureur, se référant notamment à une jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (TF 8C_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1 cité dans la décision sur opposition). Cette jurisprudence doit toutefois être comprise en ce sens que le lien de causalité entre l'accident et la rechute doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante, mais ne doit pas conduire à libérer l'assureur de toute obligation d'instruction. Le Tribunal fédéral a en effet précisé que la maxime inquisitoire s'appliquait également en cas de rechutes ou de séquelles tardives (TF 8C_364/2008 du 7 novembre 2008 consid. 4.2 ; TF U 403/05 du 20 décembre 2006 consid. 2.4 et 7.2). Il a également indiqué que la question du fardeau de la preuve ne se posait qu'une fois que l'état de fait avait été éclairci de manière correcte et complète dans le cadre du principe inquisitoire (TF 8C_364/2008 précité consid. 4.2 et les références citées).

Ainsi, en résumé, il appartient tout d'abord à l'assuré qui invoque l'existence d'une rechute ou de séquelles tardives de rendre plausible qu'un lien de causalité existe entre l'accident et cet événement, faute de quoi l'assureur-accidents peut refuser d'entrer en matière.

Lorsque l'assuré a rendu plausible l'existence d'un tel lien, l'assureur-accidents doit entrer en matière et procéder aux mesures d'instruction nécessaires à éclaircir l'état de fait, en vue de déterminer si l'on peut conclure, au stade de la vraisemblance prépondérante, à l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et la rechute ou les séquelles tardives annoncées. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères. Faute de preuve, la décision sera défavorable à la personne assurée (TF 8C_249/2018 du 12 mars 2019 consid. 4.2 ; TF U 403/05 précité consid. 2.4).

b) En l'occurrence, Z._____ estime que les documents produits par la recourante ne permettent pas d'établir un lien de causalité entre l'accident de 1999 et la rechute annoncée. Elle tire cette conclusion sans toutefois discuter les différents rapports reçus, que ce soit dans sa décision du 19 novembre 2018 ou dans sa décision sur opposition du 29 avril 2019.

Cela étant, il faut constater que les pièces médicales au dossier ne suffisent effectivement pas à établir, au degré de la vraisemblance prépondérante et compte tenu du temps écoulé, un lien de causalité naturelle entre l'accident survenu en 1999 et l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à partir de 2016. Lors de l'expertise du S._____ en 2005, les experts avaient en effet constaté une évolution psychiatrique favorable. Ils relevaient que l'assurée était encore suivie par un psychiatre, mais à raison d'une seule fois par mois, et qu'elle ne prenait alors plus d'antidépresseur ni d'anxiolytique, se contentant d'un somnifère pour faciliter le sommeil. La recourante assumait alors son rôle d'épouse et mère de famille, ainsi que les tâches du ménage. Elle se plaignait d'une certaine inhibition relationnelle et d'une difficulté de contact avec son entourage, mais précisait se sentir beaucoup mieux depuis qu'elle avait quitté [...]. Les experts ont reconnu que la recourante restait encore fragile et parfois un peu symptomatique,

mais que dans l'ensemble, il y avait très peu de symptômes résiduels de l'état de stress post-traumatique, en particulier qu'il n'y avait ni flashbacks, ni cauchemars, très peu de comportements d'évitements, peu d'intrusions traumatiques et que sa capacité de ressentir des plaisirs était à nouveau présente. Ils ont conclu que sa capacité de travail sur le plan psychique était complète et que la reprise d'une activité professionnelle pourrait même lui être bénéfique (expertise pp. 27-28). Sur la base de cette expertise, Z._____ a mis fin aux indemnités journalières et à la prise en charge du traitement au 31 décembre 2007 et a alloué à la recourante une rente d'invalidité de 40 % en raison de sa capacité de travail restreinte sur le plan somatique. Comme le relève l'intimée, on ne dispose que de peu d'informations sur la période qui a suivi. Le Dr C._____, psychiatre traitant de la recourante de 2005 à 2016, a rédigé des certificats particulièrement succincts, qui ne donnent aucune information précise si ce n'est que la recourante s'est présentée aux consultations de manière régulière, à raison d'environ une fois par mois, et qu'elle s'est montrée collaborative et respectueuse des consignes thérapeutiques (attestations des 26 avril 2017 et 10 décembre 2018). Il ressort des rapports que ce médecin a établis à l'attention de l'OAI qu'il estimait, tant en 2008 qu'en 2014, que la recourante était incapable de travailler, notant comme restrictions de fortes angoisses, des troubles de la concentration et de la mémoire, un trouble grave de la sociabilité et une grande perplexité. Selon lui, cette totale incapacité de travail remontait à 1999 (cf. rapport du 23 juillet 2008), ce qui contredit les conclusions de l'expertise du S._____. En 2008, il retenait les diagnostics de stress post-traumatique à la suite de l'accident de voiture de 1999 (F43.1) et mentionnait également le code F62.0 de la CIM-10, correspondant à une modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe. En 2014, il maintenait le diagnostic de stress post-traumatique et y ajoutait ceux de trouble anxieux persistant et d'épisodes dépressifs récurrents.

Dans ses rapports, le Dr D._____ indique que les symptômes de l'état de stress post-traumatique de la recourante ont fluctué tout au long des années, sans jamais la quitter (rapport du 23 mars 2017 p. 1),

que la situation s'est progressivement péjorée au fil des ans jusqu'à la nette aggravation de la symptomatologie au printemps 2016 (rapport du 7 décembre 2016 p. 1). Ces conclusions paraissent toutefois basées sur les seules déclarations de la recourante, telles que retranscrites dans l'anamnèse. Lors de ses consultations, le Dr D._____ objective d'importants symptômes dépressifs (angoisses, altérations du sommeil, apathie, aboulie, impulsivité, agressivité, discours méprisant envers elle-même, négativité, culpabilité, retrait social) qui, de ce qu'il comprend, sont présents depuis de nombreuses années. Il note également un changement important de sa personnalité (rapport du 23 mars 2017 p. 2). Il conclut à l'existence d'un état de stress post-traumatique (F43.1), sous une forme chronique, et retient également un trouble dépressif récurrent, épisode moyen avec syndrome somatique (F33.10). Il confirme l'intrusion permanente des symptômes suivants : reviviscence de l'événement traumatique, incapacité d'empêcher les souvenirs de remonter à sa mémoire, difficultés relationnelles, cauchemars, pensées envahissantes, obsessionnelles, émoussement des émotions, ainsi que des symptômes neurovégétatifs tels qu'insomnies, irritabilité, difficulté de concentration, de mener à bien ses activités, hypervigilance, impression constante de danger imminent et réactions de sursauts exagérés (rapport du 23 mars 2017 p. 3). Le Dr D._____ ne se prononce toutefois pas sur le rapport d'expertise du S._____, dont on ignore s'il a d'ailleurs eu connaissance, ni sur les rapports du Dr C._____. Le Dr D._____ n'explique en particulier pas pourquoi il retient l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'aggravation des troubles, et atteste de la chronicité de la symptomatologie post-traumatique, alors que les experts du S._____ avaient observé, en 2005, une amélioration de la symptomatologie et avaient conclu à un état de stress post-traumatique en voie de résolution. Faute notamment de contenir des explications sur ces éléments, les rapports établis par Dr D._____ ne sont pas suffisamment probants sur la question du lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles annoncés comme rechute.

Il ressort du rapport de l'Unité des soins intensifs de l'Hôpital de M._____ du 30 mars 2016 que la recourante a fait un tentamen

alcoolique et qu'elle a également tenté de s'ouvrir les veines le 29 mars 2016, après une dispute avec son fils de 13 ans au sujet de ses devoirs. Il y est indiqué que le dimanche précédent, elle est retournée avec son mari et ses trois enfants dans la région de l'accident pour le baptême de son neveu, que les réminiscences douloureuses de l'accident sont alors survenues et qu'elles ont fait ressurgir des idées suicidaires. Les médecins évoquent en outre une suspicion d'éthylisme chronique. Selon le rapport de ce même hôpital du 24 avril 2016, la recourante a fait un nouveau tentamen médicamenteux la veille. Elle a présenté une baisse de moral après une dispute avec son époux concernant le fait qu'elle prenne trop de médicaments. Il résulte de ces rapports que le contexte de l'accident est certes présent, mais également que les deux tentamens sont intervenus à la suite de disputes dans le cadre familial. Il n'est ainsi pas évident de savoir à quel point l'aggravation de l'état psychique de la recourante peut être rattachée à l'accident, ou découle plutôt d'autres motifs, notamment familiaux.

c) Les différents rapports médicaux au dossier ne sont par conséquent pas suffisants pour déterminer s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'accident de 1999 et l'aggravation de l'état de santé psychique de la recourante à partir du printemps 2016. Il apparaît dès lors nécessaire de mettre en œuvre une expertise psychiatrique afin d'établir si un tel lien de causalité existe. L'expert aura notamment à reconstruire l'anamnèse de la recourante, en particulier pour la période de 2006 à 2016 pour laquelle on dispose de peu d'informations. Il lui appartiendra ensuite de se prononcer sur les troubles actuels de la recourante, sur leur étiologie et leur éventuel lien de causalité naturelle avec l'accident de 1999. S'il retient l'existence d'un tel lien, il devra notamment justifier ses conclusions au regard de l'expertise du S. _____ de 2005 et des différents éléments pour lesquels les experts avaient alors retenu une évolution psychiatrique favorable et un état de stress post-traumatique en voie de résolution. Enfin, l'expert aura à évaluer l'évolution de la capacité de travail de la recourante et de ses limitations fonctionnelles, à tout le moins depuis mars 2016.

9. a) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration est en principe justifié lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative ; *a contrario*, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5).

b) En l'espèce, il ressort des considérants qui précèdent que les pièces au dossier ne permettent pas de se prononcer en connaissance de cause. Il a en outre été démontré que dans la mesure où la recourante a rendu plausible un lien de causalité entre l'accident et la rechute annoncée, il appartenait à l'intimée de procéder à l'instruction du dossier, conformément au principe inquisitoire. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à cette autorité, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, et non pas à la Cour de céans. Les réquisitions de la recourante tendant à la réalisation d'une expertise judiciaire et à la demande d'un rapport au Dr D. _____ sont dès lors rejetées, dans la suite de ce que la juge instructrice avait déjà annoncé par avis du 9 juin 2020.

10. a) Le recours est par conséquent admis, la décision sur opposition du 29 avril 2019 annulée et la cause renvoyée à l'intimée, qui est invitée à entrer en matière sur l'annonce de rechute faite par la recourante et à procéder à l'instruction nécessaire, notamment en faisant réaliser une expertise psychiatrique en vue d'éclaircir les différents points détaillés ci-dessus (consid. 8c *supra*). Il appartiendra ensuite à l'intimée de se prononcer sur la prise en charge des troubles annoncés comme rechute, en analysant, le cas échéant, la causalité adéquate entre ceux-ci et l'accident (cf. à ce sujet consid. 4c et consid. 7b *supra*).

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, la recourante a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 2'000 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

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

- I.** Le recours est admis.

- II.** La décision sur opposition du 29 avril 2019 est annulée, la cause étant renvoyée à Z._____ pour complément d'instruction au sens des considérants.

- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

- IV.** Z._____ versera à P._____ la somme de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Alexandre Bernel (pour P. _____),
- Z. _____,
- 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 :