

## **VD\_GERICHTE ZA14.015404 vom 13. Dezember 2016**

VD Tribunal cantonal, 2016-12-13, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA14.015404](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.015404)

FR: VD\_GERICHTE ZA14.015404 du 13 décembre 2016

IT: VD\_GERICHTE ZA14.015404 del 13 dicembre 2016

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

En premier lieu, il convient d'examiner d'office la question de l'éventuelle péremption du droit aux prestations. a) Aux termes de l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit à des prestations ou à des cotisations arriérées s'éteint cinq ans après la fin du mois pour lequel la prestation était due et cinq ans après la fin de l'année civile pour laquelle la cotisation devait être payée. En principe, la demande adressée à un assureur social sauvegarde le droit aux prestations de celui qui la présente et comprend toutes les prétentions qui, de bonne foi, sont liées à la survenance du risque annoncé. L'art. 24 al. 1 LPGA limite cependant le droit aux prestations arriérées aux cinq ans qui précèdent le dépôt de la demande. La jurisprudence précise que, même si l'administration a omis fautivement de donner suite à une demande initiale de prestations, qui était bien fondée, le paiement des prestations arriérées est soumis au délai de péremption absolu de cinq ans à compter de la date du dépôt de la nouvelle demande (TF 9C\_574/2008 du 27 mars 2009 consid. 2.1 et les références citées). b) En l'espèce, au début du mois de février 2005, la recourante a annoncé l'accident du 30 janvier 2005 à son employeur d'alors, qui, considérant à tort que la couverture pour les accidents non professionnels n'était pas donnée, l'a invitée à annoncer le cas à son assurance-maladie, ce qu'elle a fait le 16 février 2005. L'annonce de l'accident à l'intimée n'est intervenue que le 9 septembre 2011.

- 38 - Compte tenu de la date de cette annonce et du délai de 5 ans prévu par l'art. 24 al. 1 LPGA, le droit de la recourante aux prestations antérieures au 9 septembre 2006 est atteint de péremption. Le fait que son employeur n'a fautivement pas donné suite à la déclaration d'accident de l'intéressée et l'a invitée à s'adresser à son assurance-maladie n'y change rien, conformément à la jurisprudence précitée. Il convient dès lors d'examiner si la recourante peut prétendre à des prestations de la part de l'intimée à compter de septembre/octobre 2006.

#### **E. 4**

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Aux termes de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement

dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans

- 39 - le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b et les références citées ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1). c) Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 et les références citées ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, p. 865, n. 80) ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). d) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme

- 40 - cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de vingt-quatre heures à, au maximum, septante-deux heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C\_792/2009 du 1er février 2010 consid. 6.1 et les références citées). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 117 V 359 consid. 4b).

## **E. 5**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert - 41 - soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve. Il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C\_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2).

## **E. 5.2**

; TF 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 et les références citées).

- 54 - f) En l'espèce, aucun des critères susmentionnés n'est réalisé. aa) La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. Il a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel, d'un carambolage de masse sur l'autoroute, ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager. Il a par ailleurs été nié dans plusieurs cas de traumatismes crâniens avec perte de connaissance consécutifs à une chute (TF 8C\_383/2013 du 1er avril 2014 consid. 7.2.2 et les références citées). Objectivement considéré, l'événement du 30 janvier 2005 tel que décrit ci-dessus (cf. supra consid. 7c/bb) n'a pas eu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant au regard des exemples précités. bb) Les lésions physiques subies (commotion cérébrale, fracture non déplacée du condyle occipital droit, diplopie lié à une parésie du 4e nerf crânien gauche) n'ont pas été d'une gravité ou d'une nature particulière dès lors qu'elles ont connu une évolution favorable et qu'aucune lésion neurologique ou ophtalmologique significative n'a été mise en évidence. En outre, ces lésions n'étaient pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques (pour la casuistique cf. TF 8C\_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 6.2, publié in SVR 2013 UV n° 3 p. 7). cc) Pour l'examen du critère de la durée anormalement longue du traitement médical, il faut uniquement prendre en compte le traitement thérapeutique nécessaire. N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin.

La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder

- 55 - ce critère (TF 8C\_383/2013 du 1er avril 2014 consid. 7.2.4 et les références citées). En l'occurrence, le traitement des lésions somatiques objectivables résultant de l'accident n'a pas été particulièrement long. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a relevé que l'IRM du 17 juin 2005 démontrait une consolidation complète de la fracture du condyle et l'examen neurologique du 22 juillet 2005 du Dr P. \_\_\_\_\_ était normal. Par ailleurs, les traitements entrepris dès avril 2009 auprès la Dresse T. \_\_\_\_\_ afin de lutter contre les douleurs (physiothérapie, médicaments, infiltrations) ne suffisent pas à fonder ce critère. dd) Les douleurs physiques n'ont pas été importantes sans interruption dès lors que la Dresse T. \_\_\_\_\_ indiquait dans son rapport du 23 février 2010 une diminution des douleurs et une disparition des flashes décrits à la base du crâne et dans la nuque. Surtout, il ressort notamment du rapport du Dr P. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2005, de l'expertise du centre K. \_\_\_\_\_ SA du 11 mars 2011 et de l'expertise multidisciplinaire du 28 avril 2015 que les douleurs ne sont expliquées par aucune atteinte physique objective. ee) Il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation des séquelles de l'accident, ce que la recourante ne prétend d'ailleurs pas. ff) Il n'y a pas eu de difficultés ou de complications importantes lors de la guérison des atteintes physiques liées à l'accident, les experts de 2015 décrivant une fracture assez banale ayant évolué favorablement et les difficultés apparues au cours de la guérison étant en relation avec des facteurs psychosociaux indépendants de cet événement. gg) Enfin, le critère du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques n'est pas réalisé. Celles-ci ont connu une bonne évolution et il ressort de l'expertise multidisciplinaire précitée, d'une part, que les expertises neurologique, ophtalmologique et

- 56 - orthopédique n'ont pas démontré d'affection somatique reliée à l'accident engendrant une incapacité de travail et, d'autre part, que l'incapacité de travail est due à des affections psychiques. g) Compte tenu de ce qui précède, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les atteintes à la santé de la recourante et l'événement accidentel du 30 janvier 2005 doit être niée. Partant, c'est à bon droit que l'intimée a considéré que la recourante n'avait pas droit à des prestations de l'assurance-accidents. h) On relèvera enfin que le changement de jurisprudence dans le domaine de l'assurance-invalidité relative aux syndromes douloureux somatoformes et aux affections psychosomatiques comparables selon l'ATF 141 V 281 vaut par analogie lorsqu'il y a lieu d'examiner le droit à une rente de l'assurance-accidents obligatoire en cas de syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique dont la relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident assuré a été admis, ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

## **E. 6**

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

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

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

- 43 - S'agissant de la fracture du clivus dont le Dr I. \_\_\_\_\_ – consulté par la recourante – a fait état dans son rapport du 2 avril 2012, elle n'a pas été relevée dans les rapports d'IRM cérébrale et cervicale des 17 juin 2005 et 11 juillet 2006, ni par les experts du centre K. \_\_\_\_\_ SA, ni par le Dr M. \_\_\_\_\_. Seul le Dr R. \_\_\_\_\_ en fait mention en parlant de lésion distale du clivus, précisant qu'elle n'était plus constatable sur l'IRM du 8 septembre 2008. Dans ces conditions et contrairement à ce que soutient la recourante, l'intimée n'a pas mal apprécié le tableau clinique en omettant de mentionner cette lésion, dont l'existence est controversée, étant par ailleurs précisé qu'il ressort de ce qui précède que l'évolution des lésions au niveau cervico-occipital avait été tout à fait favorable sur un plan radiologique et que celles-ci ne sauraient expliquer les plaintes actuelles. Du point de vue neurologique, le Dr R. \_\_\_\_\_ n'a objectivé aucune lésion significative. Cette analyse rejoint celles du Dr P. \_\_\_\_\_ du 22 juillet 2005 et du Dr Z. \_\_\_\_\_ du 23 décembre 2011. Au niveau ophtalmologique, le Dr X. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 23 décembre

2014, a conclu à un status quasi normal avec surtout une disparition des symptômes cliniques présents lors de la parésie du 4e nerf crânien gauche. La diplopie a été corrigée par le port de lunettes. Selon les Drs A. \_\_\_\_\_ et N. \_\_\_\_\_, il n'y a pas de lien entre la parésie du 4e nerf crânien gauche et la fracture du condyle occipital droit. Au vu de ces éléments, force est de constater l'absence de déficit organique objectivable en lien avec les douleurs de la recourante. Le status somatique est rassurant, le traumatisme cranio-cérébral a guéri sans problème, aucune fracture du clivus n'a été constatée lors des examens radiologiques et il n'y a pas de lésion neurologique ou ophtalmologique significative. Conformément à l'expertise du centre K. \_\_\_\_\_ SA et à l'expertise multidisciplinaire dirigée par le Dr R. \_\_\_\_\_, les plaintes actuelles de l'intéressée ne trouvent pas d'explication sur le plan somatique et le problème relève du domaine psychiatrique. Les troubles dont se plaint encore la recourante ne peuvent donc plus

- 44 - s'expliquer, organiquement, comme étant des séquelles de l'accident. Selon les éléments médicaux du dossier, le statu quo pour les atteintes physiques a été atteint quelques mois après l'accident du 30 janvier 2005, soit au plus tard après 9 mois selon le Dr L. \_\_\_\_\_. Or, les prestations éventuellement dues pour cette période maximale de 9 mois, du 30 janvier au 31 octobre 2005, sont atteintes de péremption (cf. supra consid. 3b). c) Sur le plan psychiatrique, la Dresse W. \_\_\_\_\_, en 2005- 2006, a mis en évidence un état dépressif sévère, un état de stress post- traumatique et un trouble douloureux post-traumatique. Elle a notamment rapporté des désirs de mort à l'évocation de l'accident, des cauchemars répétitifs, une tendance à l'évitement, un repli très sévère, une restriction des affects, une très grande irritabilité et des troubles mnésiques majeurs en rapport avec d'importantes difficultés de concentration. L'expertise du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2008 mentionnait les diagnostics d'état de stress post-traumatique sévère suite à l'accident du 30 janvier 2005, d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques depuis le printemps 2005 et de syndrome douloureux somatoforme persistant depuis février 2005. Il était indiqué que l'accident avait provoqué une rupture de l'équilibre psychique et physique de la recourante avec apparition d'un état dépressif sévère surajouté à l'état de stress post- traumatique. Les experts du centre K. \_\_\_\_\_ SA ont retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif modéré sans syndrome somatique, précisant qu'ils n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident. Ils ont expliqué que ces troubles auraient existé sans l'accident car il y avait chez l'intéressée d'autres éléments intercurrents, notamment la difficulté à accepter l'autonomisation de ses enfants, les conflits de couple et l'insatisfaction sur les plans personnels et professionnels. Ils ont écarté le diagnostic de syndrome de stress post-traumatique retenu par la Dresse W. \_\_\_\_\_ et les experts du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ dès lors que la recourante ne conservait aucun souvenir de l'accident et qu'elle ne présentait ainsi pas de réminiscences ni de réviviscences, les cauchemars ne mettant pas en scène l'accident dont elle avait été victime. De plus, ils ont constaté que la

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

pluridisciplinaire du Dr R. \_\_\_\_\_, qui contient notamment un volet psychiatrique effectué par le Dr F. \_\_\_\_\_, a été mise en œuvre dans le cadre d'un litige en matière de responsabilité civile impliquant Y. \_\_\_\_\_ SA. L'intimée n'y a donc pas participé alors que la question de la causalité y est expressément discutée. Cette expertise avait pour finalité de répondre essentiellement aux allégués soumis à expertise, à savoir « les diagnostics posés par le Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ en 2008 restent valables » et « l'incapacité de travail totale, soit son invalidité, est en lien de causalité naturelle avec l'accident du 31 janvier 2005. » Or, l'expertise du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ du 31 mars 2008 concerne uniquement les troubles psychiatriques de la recourante, sans examen orthopédique ni neurologique ; les experts du Centre hospitalier G. \_\_\_\_\_ n'étaient pas mandatés pour se prononcer sur l'origine accidentelle ou non des troubles ressentis, mais sur l'existence et l'ampleur de l'incapacité de travail, conformément au mandat de l'OAI. Partant, le mandat des experts dans le cadre du litige en matière de responsabilité civile était limité et se fondait sur une expertise qui n'avait pas pour vocation de répondre à la question de la causalité. Le Dr F. \_\_\_\_\_, dans son rapport du 24 novembre 2014, a diagnostiqué trois affections, soit une dépression chronique, actuellement d'intensité d'un épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques, un état de stress post-traumatique à la symptomatologie lentement régressive et actuellement d'intensité faible, ainsi qu'un syndrome douloureux somatoforme persistant. Il a retenu que l'accident avait été

- 46 - vécu par la recourante comme traumatisant, avait mené à des douleurs chronifiées qui étaient devenues par la suite un syndrome douloureux somatoforme et avait provoqué un état de stress post-traumatique, dont l'évolution, actuellement légère, avait abouti à une dépression. Selon cet expert, l'intéressée est donc invalide et inapte à tout travail suite à sa dépression et à son trouble douloureux somatoforme persistant, l'état de stress post-traumatique ne jouant plus de rôle actuellement. En ce qui concerne les diagnostics posés par le Dr F. \_\_\_\_\_, on peut relever qu'il fait état d'une symptomatologie dépressive depuis l'accident, soit en particulier des troubles du sommeil, des cauchemars, une fatigue, une irritabilité, ainsi que des troubles de la mémoire et de la concentration. Il a exposé que la recourante présentait lors de son expertise une symptomatologie remplissant les critères d'un épisode dépressif sévère, convenant toutefois que l'intensité de l'épisode dépressif pouvait varier dans le temps, de sorte qu'il ne voyait pas de contradiction avec le symptôme dépressif moyen retenu par les experts du centre K. \_\_\_\_\_ SA. Contrairement aux experts du centre K. \_\_\_\_\_ SA, le Dr F. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic d'état de stress post-traumatique. Il a relevé que lors de son examen, la recourante décrivait une symptomatologie actuellement relativement légère, mais toujours présente, typique d'un état de stress post-traumatique. Elle décrivait notamment une hypervigilance au volant et une anxiété diffuse en se trouvant dans la circulation, de brefs moments d'anxiété lorsqu'elle était confrontée à des images d'accident ou à des bruits d'accident. L'argument principal niant la présence d'un tel trouble par les experts du centre K. \_\_\_\_\_ SA en 2010 est le fait que l'intéressée présente une amnésie pour une grande partie de son accident de 2005. Effectivement, il est impossible de présenter un état de stress post-traumatique pour des événements pour lesquels aucune trace de mémoire ne persiste. Toutefois, ceci n'a jamais été postulé chez l'expertisée selon le Dr F. \_\_\_\_\_. Il a dès lors retenu une amnésie antérograde de 10 heures pour les événements après l'accident et non une amnésie rétrograde (c'est-à-dire de l'accident lui-même), tout en admettant que cela restait relativement vague 9 ans après les événements et qu'une commotion

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

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

psychiques de la recourante ne peut être établi avec le degré de vraisemblance requis. De même, on ne retiendra pas les considérations juridiques du Dr F. \_\_\_\_\_ sur la causalité adéquate. Dans ces conditions, il convient de retenir l'avis probant et circonstancié des experts du centre K. \_\_\_\_\_ SA, selon lequel les affections psychiatriques de la recourante ne sont pas en lien de causalité naturelle avec l'accident.

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

## **E. 7**

a) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

- 50 - Lors de troubles d'ordre psychique consécutifs à un accident, l'appréciation de la causalité adéquate se fonde sur des critères différents selon que l'assuré a été victime ou non d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral. En effet, lorsque l'existence d'un tel traumatisme est établie, il faut, si l'accident est de gravité moyenne, examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur les critères énumérés aux ATF 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b, sans qu'il soit décisif de savoir si les troubles dont est atteint l'assuré sont plutôt de nature somatique ou psychique (ATF 117 V 359 consid. 6a ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 consid. 3b). En revanche, dans les autres cas, l'examen du caractère adéquat du lien de causalité doit se faire, lors d'un accident de gravité moyenne, sur la base des critères énumérés aux ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa (TFA U 142/05 du 6 avril 2006 consid. 2). b) Concernant la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9). Il est

nécessaire, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. c) Il faut donc d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2).

- 51 - aa) Selon la jurisprudence, un accident de la circulation au cours duquel un véhicule circulant sur l'autoroute dérape et heurte latéralement la glissière de sécurité, et où le passager dudit véhicule percute la portière droite de la tête et de l'épaule et subit de ce fait une commotion cérébrale, une distorsion cervicale et diverses commotions, doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves (TF 8C\_182/2009 du 8 décembre 2009). Ont été qualifiés d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, une perte de maîtrise sur l'autoroute à la suite de l'éclatement d'un pneu alors que le véhicule roule à 95 km/h et qu'il y a immobilisation sur le toit (TFA U 161/01 du 25 février 2003), un accident dans un tunnel ayant impliqué trois véhicules et ayant fait un mort (RAMA 1999, p. 207), une violente collision frontale, suivie d'une collision latérale avec une troisième voiture (ATFA D. du 30 décembre 1998), une sortie de route pour éviter un véhicule arrivant en sens inverse, suivie d'un choc contre un talus, puis contre un arbre, entraînant la destruction totale du véhicule (ATFA Z. du 7 juin 1999, U 88/98 ; ATAS/152/2006 du 16 février 2006), ainsi qu'une collision frontale entre deux véhicules à laquelle a succédé un choc avec une troisième voiture, accident au cours duquel l'assuré a subi diverses blessures, dont la mère a eu des côtes fracturées et dont le père est décédé au cours d'une opération consécutive à l'accident (exemples cités dans l'arrêt TF U\_307/06 du 14 février 2007 consid. 4.2). Dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a également qualifié de moyen à la limite de la gravité un accident dans lequel le frère de l'assuré a été tué après une collision frontale provoquée par un conducteur ivre ; à l'occasion de cet accident, hormis l'assuré, les autres passagers du véhicule et le conducteur fautif n'ont pas été grièvement blessés. A été qualifiée de grave, une collision frontale lors de laquelle deux personnes ont été tuées et l'assuré grièvement blessé (TFA U\_145/94 du 15 décembre 1994). bb) En l'occurrence, conduisant un minibus sur une autoroute, la recourante a été percutée par l'arrière par un camion roulant à environ 90 km/h, soit 10 km/h de plus qu'elle. Son véhicule a été projeté vers la droite sur un talus à côté de la bande d'arrêt d'urgence, où il s'est

- 52 - immobilisé sur ses quatre roues. Un des trois passagers a subi des blessures graves, les deux autres n'ayant subi que de légères blessures. Au vu du déroulement de l'accident et des exemples jurisprudentiels précités, force est de constater que l'accident du 30 janvier 2005 était de gravité moyenne, sans être à la limite des accidents graves. Ainsi, contrairement à ce que soutient la recourante, il n'atteint pas la catégorie des accidents à la limite des accidents graves (cf. TF 8C\_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.1 et les références citées). d) Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 109), il convient dans un tel cas de se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres

circonstances objectivement appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci. En cas d'atteintes à la santé (sans preuve de déficit organique) consécutives à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, auxquels une atteinte psychique se surajoute, la jurisprudence distingue, pour apprécier le caractère adéquat du rapport de causalité, selon l'importance de l'atteinte à la santé psychique. e) Lorsque – comme en l'espèce – les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, bien qu'en partie établis, sont relégués au second plan en raison d'un problème important de nature psychique, on applique les mêmes critères que pour une atteinte psychique (ATF 115 V 133 ; ATF 115 V 403) en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques. L'importance de l'atteinte à la santé psychique doit être telle qu'elle a relégué les autres atteintes au second plan, soit immédiatement ou peu après l'accident, soit parce que ces dernières n'ont joué qu'un rôle tout à fait

- 53 - secondaire durant toute la phase de l'évolution, depuis l'accident jusqu'au moment de l'appréciation de la causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 2a ; RAMA 2002 n° U 465 p. 437 consid. 3b), ou lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident n'appartiennent pas au tableau clinique typique d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral (y compris un état dépressif), mais constituent plutôt une atteinte à la santé indépendante (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; TF 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 ; TF 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1). Les critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6 ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa). De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid.

## **E. 8**

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

- 57 -