

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2013

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : M. Neu, et M. Monod, assesseur
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

N._____, à La Tour-de-Peilz, recourante, représentée par Me Bruno Charrière, avocat à Bulle,

et

J._____ **SA**, à Bâle, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. N._____ (ci-après: l'assurée) travaillait en qualité d'aide-infirmière auprès du Home [...], à [...], et était à ce titre assurée contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles auprès de J._____ SA (ci-après: l'assurance).

L'assurée a été victime d'un accident de la circulation le 31 août 2002 en Espagne alors qu'elle revenait du Maroc; elle était accompagnée de quelques membres de sa famille, dont son fils. Le cas a été pris en charge par l'assurance.

Le 17 décembre 2002, la Dresse R._____, spécialiste FMH en chirurgie plastique et reconstructive ainsi qu'en chirurgie de la main, a rédigé un rapport selon lequel l'assurée souffrait notamment d'une paralysie du nerf axillaire et indiquant qu'elle allait procéder à une opération.

Le 21 janvier 2003, une électroneuromyographie a été pratiquée au CHUV, qui a mis en évidence une atteinte du nerf axillaire gauche sévère mais partielle. Le reste des paramètres de la conduction nerveuse était normal.

Dans un certificat initial du 19 février 2003, le Dr V._____, médecin assistant au CHUV, a posé les diagnostics de fracture de l'omoplate gauche et de lésion complète du nerf axillaire gauche. L'incapacité de travail était totale pour une période d'au minimum six mois "avec possible séquelle pouvant entraîner une invalidité du bras gauche".

Le 23 mars 2004, le Dr X._____, chef de clinique à l'Hôpital orthopédique, a posé le diagnostic de status après accident de la voie publique du 31 août 2002 avec cervico-scapulalgies gauches post-

traumatiques, fracture de l'omoplate gauche, capsulite rétractile gauche et état dépressif avec probable PTSD (trouble de stress post-traumatique).

Selon ce médecin, après une prise en charge hospitalière de trois semaines, l'évolution avait été favorable avec néanmoins persistance des douleurs au niveau de l'épaule gauche ainsi qu'une douleur au niveau du poignet droit avec sensation de lâchage. Il était clair que les soucis personnels de l'assurée par rapport à son fils jouaient un rôle important dans l'évolution à long terme. L'assurée avait toujours besoin d'un encadrement tant physique que psychique pour gérer le stress engendré par le traumatisme du mois d'août 2002.

Le 23 juin 2005, le même médecin a posé le diagnostic de cervico-scapulalgies gauches chroniques sur dysbalances musculaires et PTSD.

Dans un rapport du 7 décembre 2005, le Dr X. _____ a indiqué suivre l'assurée depuis le 10 décembre 2003. Les blessures subies par l'assurée suite à l'accident consistaient en des cervico-scapulalgies gauches post-traumatiques sur fracture de l'omoplate gauche, capsulite rétractile de l'épaule gauche, état dépressif et probable PTSD. L'assurée a été en incapacité de travail totale dès le 31 août 2002, conséquence de l'accident. Ce médecin a en outre indiqué ce qui suit:

"L'état dépressif et le PTSD ont probablement été influencés par la problématique familiale que la patiente a vécue. Elle est veuve depuis le 01.02.2000 suite au décès de son mari d'un cancer des os. Pendant les six mois qui ont précédé cette mort, son sommeil était déjà perturbé par la crainte [de] retrouver son mari mort dans le lit conjugal. Le deuil sera fait environ un an plus tard, quand survient le décès de son père d'un infarctus. C'était pour assumer ce deuil que la patiente était partie en Espagne en 2002 et lors du retour elle est victime de cet accident".

Il résulte également de ce rapport que le fils de l'assurée, lors de l'accident, a subi les blessures de TCC, de fracture du bassin avec des contusions multiples et d'hémisyndrome moteur gauche.

Le 20 décembre 2005, le Dr X._____ a indiqué que la patiente était suivie à sa consultation de Lavey-les-Bains et qu'elle avait été vue à l'hôpital orthopédique le 18 mai 2004 pour la dernière fois.

Le 13 février 2006, le Dr W._____, psychiatre FMH traitant à Montreux, a indiqué que l'assurée avait été en traitement du 11 juin 2003 au 13 mars 2005 puis qu'il l'avait vue ponctuellement les 22 juin 2005, 1^{er} juillet 2005, 24 août 2005 et 14 novembre 2005. Au moment de la rédaction de ce certificat, l'assurée n'était pas en traitement. Le psychiatre a indiqué que sa patiente souffrait de stress post-traumatique compliqué par la situation de son fils.

Le 23 mars 2006, le Dr X._____ a établi un nouveau rapport posant le diagnostic de cervico-scapulalgies gauches chroniques dans un contexte de dysbalances musculaires et de PTSD. La situation était stationnaire depuis juin 2005. Il y avait quelques complications sur le plan personnel avec des épisodes d'angoisse s'inscrivant dans un contexte de problèmes familiaux, ce qui avait comme conséquence des blocages et une exacerbation douloureuse. Il devait persister des cervico-scapulalgies à long cours. Des facteurs psychologiques influençaient le tableau clinique mais ils devaient certainement s'inscrire dans le contexte d'un PTSD.

Le 11 avril 2006, le Dr G._____, médecin généraliste FMH, a posé les diagnostics, outre ceux déjà posés par le Dr X._____, d'état dépressif récurrent sur surcharge psychique en raison des séquelles de l'accident de son fils et des problèmes que ce dernier lui procurait. L'évolution était stable. La surcharge psychique était encore présente parce que le fils de l'assurée n'avait pas pu encore démarrer de formation professionnelle et naviguait d'école en école.

Le même jour, le Dr G._____ a établi un rapport plus complet à l'intention de l'avocat de l'assurée. Ce rapport a la teneur suivante:

"1. 24.01.2003 [début du traitement]

2. Environ 15 fois [nombre de consultations]

3. Cervico-scapulalgies G post-traumatiques avec fracture de l'omoplate G, capsulite rétractile G - syndrome post-traumatique avec état dépressif réactionnel avec PTSD, vertiges, céphalées, troubles digestifs sous forme de ballonnements et gastrites.

Sensations de fourmillements dans les MSG spécifiquement dans le petit doigt [diagnostics].

4. Mme N._____ n'a pas dû se soumettre à une intervention chirurgicale, par contre il y a eu un traitement conservateur sur l'épaule G par immobilisation de 6 semaines du MSG puis début d'une physiothérapie. Une atteinte du nerf axillaire G sans indications au traitement chirurgical constaté par la Dresse R._____ a été remarquée. Cette atteinte est à l'origine des douleurs dans le bras, des fourmillements ainsi que très fréquemment des troubles du sommeil.

Elle présente également des douleurs au niveau de la fesse D, paresthésies en position rotation/abduction de la cuisse.

Ensuite une hospitalisation en novembre 2003 pour de la physiothérapie intense ainsi qu'en mars 2004 une hospitalisation de 3 semaines aussi pour physiothérapie intense. Ensuite un suivi à Lavey-les-Bains par le Dr X._____ avec de la physiothérapie intense puis un maintien de cette physiothérapie hebdomadaire.

5. 100% en raison de la fragilité psychologique compréhensible de la patiente (elle avait déjà perdu son mari en raison d'un cancer des os quelques mois avant son accident; de plus son fils garde des séquelles, des difficultés de scolarisation et de professionnalisation de son fils. Les douleurs persistantes au niveau de l'épaule et du MSG font que les activités à répétition sont difficiles. Elle cherche des petits travaux et effectue des petits travaux de cuisine et différentes autres choses. La capacité de travail s'est améliorée ces 2 dernières années et peut-être qu'une incapacité de travail autour des 80% peut être évaluée. Une petite activité à 20% pourrait être faite mais une évaluation des activités possibles reste à effectuer [incapacité de travail].

6. L'incapacité de travail est partiellement due à l'accident du 31.08.2002 en ce qui concerne la partie physique. Il est très difficile d'évaluer le taux d'incapacité d'un point de vue somatique. Elle concerne spécifiquement les MSG et des symptômes subjectifs comme des céphalées (qui sont dues en partie aux contractions musculaires de l'épaule G et de la charge familiale portée seule). La modulation psychique est également forte.

7. Question difficile. La fragilité psychologique due au veuvage précédent a probablement eu une influence [atteinte à la santé préexistante à l'accident].

8. Physiothérapie à intervalles réguliers. Suivi psychologique. Traitement d'Efexor, antidépresseurs, de Sirdalud, de Midocalm, d'anti-inflammatoires, Per os et en application locale, d'omed (antiacides).

9. Le Dr X. _____ pour toujours le même problème d'épaule [suivi par d'autres médecins].

10. Je pense que l'état est actuellement stabilisé avec des conséquences physiques qui se sont chronifiées au niveau de l'épaule et du MSG avec régulièrement des douleurs dorsales.

Les traitements à l'avenir auxquels elle devra se soumettre consistent en des traitements de physiothérapie ainsi qu'un encadrement psychologique.

Ceci est de manière à déterminer et probablement chronique. Une réévaluation annuelle de l'état psychique et de l'état musculaire du dos et de l'épaule est à effectuer. Une amélioration constante est à espérer et peut-être qu'une guérison complète sera présente.

11. Question trop compliquée. C'est une question qui pourrait être posée au Dr X. _____, spécialiste en orthopédie et peut-être expert capable d'évaluer les incapacités de travail permanentes, difficiles à évaluer. Un expert en taux d'incapacité est nécessaire.

Pour de nombreuses questions d'évaluation, je pense qu'une expertise auprès d'un spécialiste en psychiatrie et en orthopédie pourrait être utile. Mais je ne sais pas qui pourra financer ces expertises.

B. [...] né le 24.04.1990

1. Le 15.11.2002 [début du traitement].

2. Une quinzaine de fois [nombre de consultations].

3. Diagnostic:

-Status après poly-traumatisme en 2002 avec traumatisme crânio-cérébral et séquelles neuropsychologiques, troubles de l'équilibre.

- Dorso-lombalgies chroniques avec troubles statiques et dysbalance musculaire suite à cet accident (accident de la circulation avec TCC et coma, hémorragie intracrânienne et fracture du toit de l'orbite gauche, contusion thoracique avec hémopneumothorax droit ayant nécessité un drainage chirurgical, contusion abdominale avec contusion hépatique et splénique, pneumathose gastrique, traumatisme du bassin avec fracture des branches ilio et ischio-pubienne à droite, disjonction sacro-iliaque gauche, traumatisme rachidien, fracture de l'apophyse transverse gauche de L5, fracture des apophyses épineuses de D2-D1) ceci depuis 2002.

4. Physiothérapie à intervalles réguliers; ergothérapie, encadrement psychologique très important.

5. Non, son état de santé n'est pas encore stabilisé et mérite encore beaucoup d'efforts.

6. Oui, il va rester atteint dans sa santé car les séquelles neuropsychologiques du traumatisme crânio-cérébral sont présentes et les difficultés d'intégration sont importantes. Actuellement, une

demande AI pour mesures professionnelles est en cours et les séquelles dorsales, neuro-psychologiques auront une influence négative sur son avenir professionnel. Une évaluation précise sera effectuée par le service de l'AI auprès duquel vous pourrez vous référer.

7. Les atteintes qui pourraient entraver sont le manque de concentration, la difficulté de mémorisation et les maux de tête chroniques et dorsaux".

En juin 2008, une expertise a été pratiquée au CEMED par la Dresse P._____, chirurgienne orthopédiste FMH, et le Dr A._____, psychiatre FMH. On peut lire ce qui suit s'agissant du déroulement de l'accident raconté par l'assurée:

"II. Données subjectives

Histoire médicale actuelle selon l'expertisée

Mme N._____ était conductrice du véhicule automobile sur le retour du Maroc en Suisse, en août 2002, étaient occupants de son véhicule: sa soeur, son frère et son fils. Ils sont agressés sur l'autoroute et font une embardée. Tous les occupants sont blessés et sont hospitalisés en Espagne dans deux hôpitaux séparés. Son fils et elle-même sont transférés par la REGA au CHUV six jours après le traumatisme, sa soeur et son frère retournent à Paris aussi en transfert médicalisé.

Lors de l'anamnèse, Mme N._____ est très choquée des circonstances de l'accident, avec des troubles très vifs. Elle dit avoir eu un TCC bref et avoir eu des douleurs à l'épaule gauche, son fils était inconscient et a été deux mois dans le coma. Sa sœur aurait eu une fracture de la colonne avec un traumatisme crânio-cérébral et son frère une fracture du bras, ainsi qu'une fracture de la mâchoire.

Mme N._____ restera au CHUV deux jours, pour ses propres soins médicaux, mais restera au chevet de son fils qui sera hospitalisé pendant deux mois, il est alors âgé de 14 ans. Elle sera prise en charge au CHUV par le Dr X._____, qui met en évidence une fracture de l'omoplate, elle sera ensuite suivie pour un important enraidissement et bénéficiera, en 2004, d'un traitement à Lavey-les-Bains dont elle ressent encore clairement les bénéfices. Elle rapporte que depuis cet accident, elle n'a pu reprendre son activité professionnelle et qu'elle garde une épaule gauche douloureuse, avec un certain manque de force. Elle considère qu'actuellement au niveau de l'épaule la situation est plutôt stabilisée.

L'assurée exprime par ailleurs son ras le bol de la situation actuelle. Depuis l'accident en question, elle a passé par de nombreuses étapes, traitements, suivis physiques et psychiatriques, mais elle avait de plus en plus envie de retrouver une situation sans suivi médical. De ce fait, elle a arrêté des consultations chez le Dr [...], elle a également arrêté le traitement par Efexor, en 2006. Depuis,

son état est variable, avec des hauts et des bas, mais elle se sent plus elle-même.

Il lui arrive très fréquemment de repenser à l'accident, des images d'horreur lui reviennent systématiquement à la tête, elle voit par exemple la mâchoire de son frère désarticulée, les têtes des victimes ensanglantées, son bras à moitié arraché et le scénario de l'accident qui est toujours *comme un film dans ma tête*.

Elle relate en détail ce qui s'est passé (et elle est affectivement prise lors de son récit). Elle était au moment de l'événement du retour d'Espagne, avec sa voiture, une [...] immatriculée Suisse, avec l'une de ses soeurs et un de ses frères. Chacun était accompagné de l'un de ses enfants, nièce et neveu de l'assurée.

Sur la route départementale (il ne s'agissait pas d'une autoroute, comme dans le dossier), la voiture de l'assurée se fait suivre par une autre voiture qui a commencé, dès qu'il n'y avait plus d'habitation, d'accélérer, avec phares, avec signaux et des tentatives de faire arrêter l'assurée. Cette dernière a décidé de continuer stoïquement la route et de ne pas se laisser ébranler. A un moment donné, la voiture des poursuivants s'est mise brusquement devant, a freiné et l'assurée a fait un mouvement pour éviter, se trouvant ensuite catapultée, après plusieurs tonneaux, dans la terre. Les souvenirs ne sont dès lors que partiels, elle-même a été coincée avec la ceinture, elle a senti de l'essence mais qui ne s'est pas enflammée, son frère était gravement blessé à côté d'elle, également coincé, apparemment des enfants ont été éjectés. Après un laps de temps qu'elle ne peut pas évaluer, des personnes sur la route ont vu les phares de la voiture dressés vers le ciel, se sont arrêtés et ont appelé les secours. Dès ce moment, les secours ont pu être organisés et pratiquement tous les occupants du véhicule ont été hospitalisés.

A part les séquelles physiques et psychiques des différentes personnes (rapportées ci-dessous), il y a encore aujourd'hui un litige au sujet de responsabilité civile ainsi que des torts moraux que l'assurée réclame. Depuis des années, le dossier est renvoyé d'instance à instance, soit disant car elle n'aurait pas porté plainte à l'époque. Or elle mentionne avoir les preuves écrites de sa demande de dépôt de plainte, ceci à sa protection juridique, une fois sortie de sa phase aiguë des traitements. Ce dossier est donc ouvert jusqu'à ce jour".

L'expertise se termine comme suit:

"V. Synthèse et discussion

Rappel de l'histoire médicale

Mme N. _____ est une assurée de 46 ans, veuve, mère d'un fils de 18 ans à charge et né d'un premier mariage.

Elle a été victime en date du 31 août 2008 [recte: 2002] d'un accident sur une route espagnole, en revenant du Maroc, dans le

cadre d'une agression par une autre voiture. Son frère, sa soeur et son fils étaient occupants de la voiture, tous ont été blessés.

Elle a présenté une fracture de l'omoplate, une lésion du nerf axillaire qui s'est compliquée dans les suites, par des douleurs de type neurogène et un enraidissement important de l'épaule droite.

Il y a eu également une réaction psychique dans un contexte de dépression réactionnelle déjà traitée avant l'accident. L'assurée est issue d'une famille marocaine nombreuse, ses frères et soeurs aînés étant décédés, elle est devenue l'aînée de la famille et a dû assumer le commerce familial que son père a laissé après sa mort. L'assurée, qui a une formation supérieure et un brevet de comptable, a montré de très bonnes capacités d'adaptation dans différents domaines. Elle a eu une approche proactive de la vie, même dans le dépassement des barrières culturelles installées.

Après un premier échec conjugal au Maroc, elle est venue en Suisse et a connu, ce qu'elle appelle sa plus belle période de la vie. Elle a géré avec son mari suisse, une agence immobilière et été très active dans plusieurs domaines (maman de jour en même temps), tout en assumant seule l'éducation d'un fils issu du premier mariage.

Il s'ensuit subjectivement plusieurs événements, soit la mort précoce de son père, puis celle de son mari d'un cancer osseux, qui la bousculent et provoquent une première période de dépression pour elle et pour son fils. Deux ans après survient l'accident motivant la présente expertise, événement lié à une tentative d'agression par des inconnus, la poursuite entre véhicules se termine dans un ravin et tous les occupants sont plus ou moins blessés.

Les problèmes psychiques qui ont suivi sont manifestes, avec un état dépressif exacerbé et une symptomatologie d'état de stress post-traumatique.

Situation actuelle

Sur le plan orthopédique, les plaintes sont stationnaires, avec une bonne récupération fonctionnelle de l'épaule gauche, autant sur la mobilité que sur la force, avec néanmoins persistance d'un syndrome douloureux modéré.

L'assurée continue un traitement de physiothérapie à raison d'une fois par semaine, qui a un effet principalement sur les contractures musculaires.

L'assurée serait apte théoriquement à reprendre une activité professionnelle, soit dans la profession de comptable, soit dans la profession d'aide soignante, avec néanmoins un aménagement du poste de travail consistant en une limitation du port de charges lourdes.

En tant que comptable, l'activité du point de vue orthopédique est exigible à 100%.

Il n'y a pas d'atteinte à l'intégrité à retenir.

Sur le plan psychique, Mme N._____ donne une image adéquate, plausible, crédible. L'accident est survenu dans une période de deuil à peine commencé, de changement professionnel (elle s'était orientée vers l'activité d'aide soignante), par la suite il y a eu la mauvaise évolution de son fils dont elle avait seule la charge.

Les difficultés de son fils ont été chroniques et manifestes jusqu'à ce jour, avec un changement de personnalité, de l'agressivité, notamment vis-à-vis de sa mère qui a été battue, mais aussi anosognosie partielle de son fils, rejet des traitements et diverses approches thérapeutiques, un dossier AI a été ouvert récemment. Dans les faits, l'assurée est toujours dépendante de cette situation et elle n'a pas de vie propre. Sur le plan de la dépression, il y a certainement eu une accentuation d'un état dépressif préexistant auparavant, l'assurée a été suivie par un psychiatre, elle a pris des antidépresseurs, mais depuis 2006 elle les a arrêtés, toujours dans la même attitude de s'en sortir par soi-même.

Nous constatons au jour de l'expertise la présence de perturbations et d'un état de stress post-traumatique. Mme N._____ nous décrit non seulement les symptômes, mais elle réagit d'une manière authentique chaque fois qu'elle mentionne un de ces éléments. Formellement, selon le code diagnostique en vigueur, un tel diagnostic ne devrait pas être retenu au-delà de 6 à 12 mois; de ce fait, il s'agit pour nous d'une variante de modification durable de la personnalité. Ceci nous semble aussi justifié car il s'agissait clairement d'un accident survenu dans un contexte stressant (agression sur la route) et dangereux avec risque vital.

Il persiste jusqu'à aujourd'hui des perturbations des émotions et des conduites, très proche de ce que l'on voit dans un trouble de l'adaptation.

En conséquence, nous retenons au stade actuel les diagnostics de:

- Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F.33.0 CIM-10).
- Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 CIM-10).

Le premier diagnostic n'a plus de lien de causalité naturelle avec l'accident, il n'a d'ailleurs pas d'effet sur la capacité de travail. Le second diagnostic est par contre durablement incapacitant, l'incapacité de travail en relation naturelle avec l'accident peut être évaluée à 40%. Ceci nous semble d'autant plus justifié que l'assurée porte indirectement la responsabilité de l'état mental et physique de son fils, pour ce qui concerne ses séquelles de l'accident. Il est possible que son degré de capacité pourrait augmenter si son fils était pris en charge complètement et qu'elle pouvait se trouver ainsi soulagée et libérée.

VI. Réponses aux questions de l'Assurance

[...]

C) Diagnostics

1. Fracture de l'omoplate gauche (S42.10).
2. Atteinte du nerf axillaire gauche avec récupération complète (S44.4).
3. Conflit sous-acromial gauche.
4. Trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger (F.33.0 CIM-10).
5. Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 CIM-10).

3. S'agissant de la causalité naturelle:

Les troubles constatés à ce jour sont-ils la conséquence de l'accident en ce sens que celui-ci constitue une condition sine qua non de l'atteinte à la santé actuelle?

Au cas où une réponse à la question précédente, positive ou négative, ne peut être clairement donnée, l'accident est-il plutôt une cause

- invraisemblable (moins de 50% de vraisemblance)
 - simplement possible (50% de vraisemblance) ou
 - hautement vraisemblable (plus de 50% de vraisemblance)
- de l'atteinte à la santé constatée actuellement?

Vraisemblance > 50%: diagnostics 1, 2, 3, 5

Vraisemblance < 50%: diagnostic 4.

4. Dans le cas où des facteurs extérieurs joueraient un rôle dans la situation actuelle, lesquels sont-ils? Dans quelles proportions (pourcentage) et à partir de quand faut-il considérer l'influence de ces facteurs?

Du point de vue somatique, il n'y a pas de facteur extérieur influençant l'évolution actuelle.

L'état dépressif antérieur à l'accident s'est aggravé lors de celui-ci, le statu quo ante peut être estimé atteint à mai 2006 au moment de l'arrêt des antidépresseurs.

5. Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assurée?

Si oui: par quel traitement? chances de succès? Durée probable du traitement?

Si non: quand le traitement médical peut-il être considéré comme terminé?

Non, par contre un état de stabilisation.

La prise en charge d'un traitement de balnéothérapie à raison de deux fois neuf séances par année, permettrait d'améliorer la situation du point de vue des douleurs et des tensions musculaires. L'assurée ayant bien répondu à un traitement en piscine à Lavey-les-Bains.

6. A partir de quelle date devons-nous considérer que l'accident ne constitue plus la causalité naturelle et adéquate de l'atteinte à la

santé, en d'autres termes lorsque le dommage n'est plus qu'à mettre sur le compte de facteurs étrangers à l'accident (il en est ainsi lorsque l'on a affaire à l'état de santé (maladif) tel qu'il existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante))?

Sur le plan somatique, il n'y a pas d'état antérieur. Les troubles constatés sont de causalité naturelle avec l'accident.

Sur le plan psychique, le statu quo ante est atteint en mai 2006 en ce qui concerne l'état dépressif. Pour ce qui est de la modification durable de la personnalité, la relation de causalité naturelle est toujours présente.

7. Existe-t-il aujourd'hui encore une incapacité de travail en relation avec l'accident?

- Quelles sont les raisons pour cette incapacité de travail?
- Quel en est le degré?
- Quelle en est la durée prévisible?
- Quelles sont les activités que l'on ne peut plus raisonnablement exiger de l'assurée?

Actuellement? Dans l'avenir?

- Dans la négative, quand l'incapacité de travail a-t-elle pris fin?

Sur le plan orthopédique, l'assurée serait apte théoriquement à reprendre une activité professionnelle, soit dans la profession de comptable, soit dans la profession d'aide soignante, avec néanmoins un aménagement du poste de travail consistant en une limitation du port de charges lourdes.

En tant que comptable, l'activité du point de vue orthopédique est exigible à 100%.

Sur le plan psychique, l'assurée présente une incapacité de travail de 40%, pour le moment durable.

Un traitement psychiatrique - psychothérapeutique intégré devrait être continué. Elle a besoin d'être déchargée des soucis de son fils qui souffre des séquelles de l'accident. Au stade actuel, il n'y a ici encore aucune clarté. Dans la mesure où son fils ne sera plus à charge et autonome (avec ou sans aide extérieure), la situation de l'assurée pourrait s'améliorer.

8. S'agit-il d'un état définitif et permanent?

Peut-on attendre encore une amélioration? Si oui à quelle époque pourra-t-elle se réaliser?

Sur le plan orthopédique oui, les douleurs résiduelles peuvent être considérées comme définitives, séquellaires de la lésion neurologique du nerf axillaire et du conflit sous acromial résiduel.

Sur le plan psychique non. Cf. réponse question 7.

9. L'assurée souffre-t-elle d'une atteinte importante (=altération évidente ou grave) et durable (=prévisible qu'elle durera, avec au

moins la même gravité, pendant toute la vie) à son intégrité physique ou mentale?

Quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexe 3 OLAA), dont nous vous remettons une copie en annexe?

Sur le plan orthopédique, les troubles constatés n'ouvrent pas d'indemnisation d'atteinte à l'intégrité.

Sur le plan psychique, il n'est pas encore possible de la fixer.

[...]

11. Mme N. _____ souffrait-elle de troubles psychiques avant l'accident du 31.08.02?

Oui, cf. plus haut.

12. Si oui, avons-nous atteint le statut définitif?

Oui, en ce qui concerne l'épisode dépressif pré-traumatique

[...]".

Le 24 mars 2010, le conseil de l'assurée a écrit à l'assurance que le fils de l'assurée vivait seul dans un petit appartement, qu'il était sous tutelle, qu'il avait droit à une rente AI entière mais qu'il n'était pas totalement autonome. L'avocat a écrit que cette situation était très lourde à supporter pour l'assurée qui devait se résoudre à admettre que son fils ne pourra jamais intégrer le monde du travail, du moins à court terme, étant incapable de suivre une formation. L'expertise estimait que la capacité de travail de l'assurée sur le plan psychique ne dépassait pas les 60%. L'avocat indiquait encore qu'il était illusoire que l'assurée reprenne une activité en qualité de comptable, activité qu'elle n'avait plus exercée depuis plus de 17 ans. Quant à une activité d'aide-soignante, elle ne pouvait s'exercer que dans un cadre particulier où le port de charges n'était pas imposé.

Le 10 mai 2010, le conseil de l'assurée s'est étonné qu'une nouvelle expertise soit confiée au Dr A. _____ et non pas simplement un complément d'expertise puisqu'il avait été convenu d'établir l'évolution de la situation depuis le rapport du CEMED; il a proposé des questions dans cette optique. L'assurance a accepté.

Ainsi, en juin 2010, le Dr A. _____ a effectué le complément d'expertise requis. Dans l'anamnèse, on peut lire que la situation du fils de l'assurée avait pris une tournure positive. La partie "discussion" du rapport a la teneur suivante:

"V. Discussion:

Pour rappel, il s'agit de la situation d'une femme qui était conductrice d'une voiture qui a été accidentée en 2002. Lors de cet accident, à la tombée de la nuit, elle a été poursuivie par une autre voiture et poussée hors de la route. A part elle, 4 autres personnes de sa famille ont été blessées plus ou moins gravement. Cet accident est de plus intervenu dans une phase où l'assurée avait perdu son mari peu de temps avant et s'était recyclée en tant qu'aide-soignante.

Suite aux problèmes psychiques, l'assurée a été suivie d'une manière continue jusqu'en 2005, ensuite occasionnellement.

Dans notre rapport d'expertise de 2008, nous avons vu une femme toujours dans une certaine détresse et en particulier déstabilisée par toute mention de l'accident et des séquelles pour sa famille. Comme facteur aggravant, nous avons retenu le fait que son unique fils ait eu des séquelles physiques et psychiques et qu'il était incapable d'assumer un parcours scolaire normal. Ainsi, sa mère, qui était devenue veuve auparavant, était constamment rappelée à l'événement tragique et elle portait quasi en permanence les soucis pour l'état de santé de son fils. Elle était quasi en permanence dans un état de qui-vive et son état émotionnel intervenait aussi sur ses capacités cognitives et surtout de concentration.

Puisque formellement le diagnostic d'un état de stress post-traumatique n'est pas possible au-delà d'un certain temps (on retient souvent 12 mois), nous avons opté pour le diagnostic d'une modification durable de personnalité. Nous avons à l'époque déjà signalé qu'il existait un lien circonstanciel de son propre état avec celui de son fils.

Les observations d'aujourd'hui confirment ce lien: depuis peu de temps, l'amélioration de l'état du fils est apparemment telle (nous n'avons pas de détails médicaux) qu'il a pu être guidé vers une certaine autonomie et se trouve maintenant dans un appartement à lui.

Ceci a grandement soulagé l'assurée et nous avons vu aujourd'hui une femme nettement améliorée sur le plan psychique. Nos différentes observations correspondent aussi à son auto-appréciation.

De plus, aujourd'hui, il n'y a plus de suivi psychothérapeutique, plus de médication psychotrope continue et l'assurée a un mode de fonctionnement personnel et affectif satisfaisant. Elle-même a

commencé à "regarder les annonces", à savoir à se positionner en tant que personne apte à une reprise d'activité. Elle nous parle subjectivement d'un idéal de 2 jours de travail, mais ceci correspond à un choix personnel et non à une limitation psychiatrique. Très probablement, vu la longue absence sur le marché du travail, elle aura quelques difficultés d'adaptation et de réinsertion, il est par exemple imaginable qu'elle souffre d'une recrudescence de doutes à ses capacités et d'anxiété. Néanmoins, dans une telle situation, ceci est transitoire. Si on reste dans une formulation idéale, ceci pourrait être amélioré ou évité par des mesures de réentraînement au travail ou bien l'intégration dans une place où il existe initialement une certaine "soutenance".

Les quelques sensibilités anxieuses ne donnent donc plus lieu à retenir une incapacité de travail durable.

VII. Diagnostic et conclusions

Avec l'ensemble des éléments discutés ainsi que nos analyses effectuées, nous retenons sur le plan diagnostique psychiatrique actuellement:

Autres troubles anxieux mixtes à degré clinique léger (F41.3 selon la Classification internationale des maladies en vigueur, CIM-10).

Comme expliqué ci-dessus, il s'agit à la fois d'une anxiété non spécifique, flottante (forme légère d'anxiété généralisée), à la fois de quelques éléments spécifiques liés surtout aux conditions de conduite et à quelques facteurs déclenchants.

La problématique est en principe susceptible d'être dépassée, d'une part sous forme d'entraînement, d'autre part avec des mesures spécifiques; l'assurée devrait par exemple disposer d'une médication anxiolytique rapide (par exemple sous forme de Temesta Expidet), ce qui a d'une part un effet tangible rapide, ce qui est d'autre part rassurant d'une manière anticipatoire et diminue le seuil anxiogène.

Sur le plan asséculo-logique, il n'existe au stade actuel plus d'incapacité de travail, la diminution de rendement à hauteur d'environ 20% est susceptible d'amélioration après la phase d'habituat-ion.

Veillez noter que l'expert n'a donné aucune information à l'assurée concernant les suites du dossier, qu'il s'agisse des propositions faites, de la durée ou du degré de l'incapacité de travail.

VIII. Réponses aux questions

1. Les troubles d'origine psychique dont la réalité a été admise dans le cadre du rapport d'expertise du CEMed du 5 septembre 2008 (...) sont-ils toujours présents aujourd'hui?

Non, les troubles d'origine psychique sont en majeure partie résorbés.

2. S'agissant de la modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (F62.0 CIM-10), la relation de causalité naturelle avec l'accident survenu en août 2002 est-elle toujours existante?

Nous avons décrit en détail que la modification durable de la personnalité après expérience de catastrophe n'est plus en vigueur. Elle a fait place à un diagnostic d'anxiété mixte, toujours en relation de causalité naturelle avec l'accident, mais d'intensité légère.

3. Sur le plan psychique existe-t-il aujourd'hui encore une incapacité de travail en relation avec l'accident?

- Quel en est le degré
- Quelle en est la durée prévisible?
- Quelles sont les activités que l'on ne peut plus raisonnablement exiger de l'assurée?

Il n'existe dès aujourd'hui plus d'incapacité de travail en lien avec l'accident; nous avons retenu une éventuelle diminution de rendement d'environ 20%, ceci d'une manière transitoire au moment où l'assurée entre dans une nouvelle activité. La durée d'une telle diminution de rendement ne dépasse pas 3 mois.

4. Sur le plan psychique, l'assurée souffre-t-elle d'une atteinte importante (=altération évidente ou grave) et durable (prévisible qu'elle durera, avec au moins la même gravité, pendant toute la vie) à son intégrité?

- Quel pourcentage correspond à cette atteinte selon le barème LAA des atteintes à l'intégrité (annexes 3 OLAA)?

Non, l'assurée ne souffre pas d'une atteinte importante et durable à son intégrité sur le plan psychique.

5. Un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique est-il nécessaire afin:

a) de permettre une notable amélioration de l'état de santé et/ou de la capacité de gain de l'assurée?

b) d'éviter une péjoration substantielle de son état de santé psychique actuel?

Dans l'affirmative, quelle(s) mesure(s) thérapeutique(s) recommandez-vous?

Il n'y a plus de traitement psychiatrique ou psychothérapeutique; mais l'assurée devrait, notamment en cas de reprise d'activité, avoir éventuellement recours au psychiatre, ceci pour soutien et prescription de la médication que nous avons évoquée.

[...]

7. Quelle(s) autre(s) activité(s) (dans quelle mesure et avec quel rendement) l'assurée pourrait-elle encore exercer, en tenant compte de ses troubles psychiques?

L'assurée pourrait exercer toutes les activités accessibles avec ses formations et expériences professionnelles".

Le 4 octobre 2010, l'assurance a écrit à l'assurée par son conseil pour constater qu'elle n'avait pas reçu le résultat d'investigations neurologiques pourtant annoncées; cependant, elle estimait que les éléments figurant au dossier étaient suffisants pour déterminer le droit aux prestations de l'assurée. Elle informait en conséquence l'assurée qu'elle ne retenait plus aucune incapacité de travail sur le plan psychique, se fondant sur le complément d'expertise du Dr A._____. Sur le plan orthopédique, l'assurance retenait aussi une capacité de travail entière soit dans la profession de comptable, soit dans la profession d'aide-soignante avec un aménagement du poste de travail consistant en une limitation du port de charges lourdes. L'assurance annonçait en conséquence qu'elle arrêta le versement des indemnités journalières au 1^{er} août 2010 et qu'aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était reconnue.

Le 5 novembre 2010, l'assurance a rendu une décision par laquelle elle a indiqué que le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cessait au 31 juillet 2010, que le droit à une rente était refusé et que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas reconnu.

Le 7 décembre 2010, l'assurée a formé opposition, critiquant le rapport du Dr A._____ de juin 2010 et invoquant des problèmes neurologiques qui n'auraient pas été pris en compte.

Le 24 mars 2011, l'assurance a rendu une décision sur opposition par laquelle elle a maintenu sa position. Elle a retenu que l'état de santé de l'assurée était stabilisé au niveau somatique, que les troubles d'origine psychique étaient en majeure partie résorbés et qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail sur ce plan. L'assurance en a déduit qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'accident du 31 août 2002 et les troubles psychiques présentés par l'assurée.

Le 28 mars 2011, le Dr T._____, médecin généraliste FMH, a établi le certificat médical suivant:

"Depuis son accident de 2001, cette patiente mentionne des difficultés à se concentrer, des pertes de mémoire, une intolérance au stress qui se manifeste notamment lorsqu'elle s'occupe des enfants de sa soeur. Elle se sent très fragile et préfère abandonner la partie que s'imposer. Elle perd vite patience.

Son fils est revenu vivre chez elle depuis l'automne passé. Il l'accuse d'avoir "bousillé sa vie". Il fume du haschisch et la chicha alors qu'il est asthmatique. Elle est fatiguée de devoir toujours se battre avec lui et elle se sent coupable. Sa résistance nerveuse s'est nettement réduite.

Elle se plaint de céphalées d'intensité 5 à 7/10, quotidiennes et tolère mal la luminosité et le bruit; elle mentionne aussi des cervicalgies, des lombalgies, des points douloureux dans les cuisses, pour lesquels elle consulte un ostéopathe.

Elle s'est décidée à fréquenter, avec raison, l'association Fragile Suisse des traumatisés cérébraux. Probablement, que les séquelles de son accident se sont partiellement estompées; néanmoins, lorsqu'elle est confrontée aux dures réalités du monde du travail, elle remarque qu'elle n'a plus la résistance nerveuse qu'elle avait avant l'accident. La capacité de travail paraît assez réduite, capacité de travail que l'on pourrait estimer à 60%".

B. Par acte de son mandataire du 10 mai 2011, N._____ a recouru devant le Tribunal cantonal fribourgeois et a conclu au renvoi du dossier à l'assurance, à la mise en œuvre d'un complément d'instruction et à l'établissement d'une nouvelle décision. Concernant le lien de causalité naturelle entre l'accident du 31 août 2002 et ses troubles psychiques, elle soutient que l'expertise du Dr A._____ ainsi que son complément sont dénués de valeur probante pour apprécier son état de santé, de sorte qu'une nouvelle expertise doit être mise en œuvre. Sur la base des critères en la matière, elle retient l'existence d'un lien de causalité adéquate entre cet accident et ses troubles de santé psychiques.

Le Tribunal cantonal fribourgeois a décliné sa compétence, la recourante étant domiciliée dans le canton de Vaud, et a transmis la cause à la Cour de céans.

Dans un rapport du 13 juillet 2011, le Prof. D._____, neurologue FMH, a relevé que s'était développé, outre un état dépressif sévère, une dyssomnie sévère avec une latence d'endormissement

extrêmement pathologique. L'assurée avait de plus des céphalées bitemporales au vertex ou pariéto-occipitales, des douleurs au niveau des articulations des épaules, particulièrement à l'épaule gauche avec une diminution des mouvements d'abduction et de rotation interne et externe. L'assurée se plaignait également de douleurs au niveau des jambes et de douleurs lombaires basses. Elle mentionnait aussi des troubles de la vue mais elle avait consulté une année avant un ophtalmologue dont l'examen paraissait normal. La recourante se plaignait aussi de troubles de la concentration. Elle était complètement abattue, terrassée, n'avait pas d'activités et restait repliée sur elle-même. Le médecin a conclu ainsi:

"Cette patiente est dans une grande détresse et présente actuellement des céphalées qui me paraissent plus de type de tension. Elle a en plus un tableau de polyinsertionite diffuse douloureuse. Elle présente une dyssomnie sévère qui entretient la dépression et qui diminue le seuil des douleurs".

Le Prof. D._____ a aussi relevé une douleur lombaire basse probablement sur une arthrose lombaire. En ce qui concerne la stratégie thérapeutique, le neurologue considérait comme prioritaire que l'assurée pût être prise en charge par un psychiatre.

Le 25 juillet 2011, S._____, psychologue FSP, a établi un rapport à la demande de la recourante, étant précisé que ce rapport était fondé "sur la base des très nombreux entretiens psychologiques, de soutien psychosocial et interventions d'urgence envers son fils et parfois de soutien psychologique auprès de Madame N._____, elle-même, depuis octobre 2005".

Dans l'anamnèse, on peut lire que le décès de l'époux de la recourante a laissé celle-ci dans un très profond désarroi, qu'elle se faisait soigner pour une dépression et tentait de se remettre de la perte de son époux tout en s'occupant de son fils. C'est dans ces circonstances qu'elle est partie au Maroc pour des vacances en famille accompagnée de membres de sa famille proche. C'est sur le retour de ses vacances que l'accident a eu lieu. S'agissant des constatations objectives, la psychologue a considéré que le manque de suivi psychothérapeutique

rigoureux et les différents et multiples problèmes inhérents à cet accident survenus entre-temps avaient entraîné une dégradation très nette de sa santé physique et psychologique qui se trouve actuellement passablement affaiblie. La recourante n'arrivait plus à s'occuper seule des différentes démarches de son quotidien. La psychologue relevait que la recourante était fatiguée, souffrante, démotivée par le nombre et la durée de tous ces tracas et désormais incapable de se concentrer, de porter son attention sur un sujet en raison de son état dépressif de plus en plus encombrant dont les symptômes, nombreux et insurmontables, empêchaient toute amélioration de son état général. Elle a indiqué que la recourante souffrait d'un trouble dépressif récurrent qui, lié à des facteurs de stress, se caractérisait par des idées et ruminations obsédantes en premier plan, des symptômes aigus d'anxiété et nervosité, des somatisations et des douleurs. La recourante souffrait de maux de tête fréquents, de troubles de l'endormissement, de troubles de la mémoire de travail (court terme), de difficultés d'attention et de concentration. La psychologue remarquait qu'en 2002, la recourante était suivie pour dépression vraisemblablement en lien avec le décès de son époux. Avant l'accident d'août 2002, elle n'avait pas d'autre suivi médical, étant précisé que l'accident avait certainement exacerbé son trouble dépressif et généré, en raison des répercussions sur la durée et le manque de prise en charge psychothérapeutique, la fragilité actuelle de son état de santé général. L'incapacité de travail était totale. Et selon la psychologue, les troubles dont souffrait la recourante étaient consécutifs à l'accident.

Le dossier est arrivé en mains de la Cour de céans fin août 2011. La restitution de l'effet suspensif, requise par la recourante, a été rejetée.

Dans sa réponse du 13 février 2012, l'assurance s'est déterminée, concluant au rejet du recours. Elle relève que l'expertise du Dr A._____ ne prête pas flanc à la critique, de sorte que l'assurée a recouvré une capacité de travail de 100% dès le 1^{er} août 2010, date à laquelle son état de santé s'est stabilisé.

Le 23 mars 2012, la Dresse H._____, psychiatre FMH à Montreux, a établi un certificat médical, indiquant qu'elle suivait la recourante depuis le 15 août 2011 pour un état anxieux et dépressif chronique. Elle a relevé avoir constaté une péjoration de l'état de santé de la recourante depuis début mars 2012, péjoration liée aux derniers développements judiciaires du dossier l'opposant à l'assurance.

Le 30 mai 2012, la Dresse H._____ a établi un rapport à l'intention de la Cour de céans, rapport qui a la teneur suivante:

"Mme N._____ m'a été adressée par le Prof. D._____, neurologue, qui avait trouvé la patiente dans une importante détresse psychique méritant une investigation et un suivi psychiatrique. J'ai rencontré cette patiente pour la première fois le 15.08.2011.

J'ai constaté depuis ce jour que la patiente présente un état dépressif de niveau moyen, avec certes une symptomatologie qui est fluctuante, pouvant varier d'un rendez-vous à l'autre. Une importante fragilité psychique s'est probablement installée au cours des années, et la patiente réagit émotionnellement de manière très vive aux stimuli divers qu'elle rencontre dans son quotidien.

La patiente présente donc une humeur dépressive (tristesse) avec sentiments d'impuissance, d'autodépréciation, peu de confiance en soi, désintérêt dans les activités, grande fatigue, anxiété, dyssomnie et plaintes somatiques, surtout concernant ses douleurs...

Dans de rares moments lors des consultations elle a pu sourire en évoquant quelques bons moments de sa vie. Je trouve cette patiente authentique dans sa souffrance, et démunie.

A part les traitements médicamenteux, elle a besoin d'un important soutien psychologique régulier et à long terme.

On peut situer la problématique à plusieurs niveaux.

L'accident de voiture subi avec sa famille en Espagne, en 2002, reste un événement de grande importance qui se répète régulièrement dans ses récits, tant au niveau des faits qu'au niveau émotionnel, de manière toujours très vive et chargée. La patiente se sent clairement victime, non seulement d'un accident, mais aussi par rapport aux démarches juridiques qui ont suivi et qui, semble-t-il, n'ont pas abouti selon ses espérances.

La soussignée doit reconnaître qu'elle ne maîtrise pas l'entier du dossier judiciaire et les démarches entreprises par la patiente. Mme N._____ se dit très souffrante, aimerait "avancer dans sa vie", mais se sent "coincée, bloquée, tant qu'il n'y a pas de justice".

J'ai effectivement remarqué que chaque lettre officielle qu'elle reçoit contribue à la déstabiliser davantage, voire même aggrave sa symptomatologie selon son contenu.

Elle dit souffrir et se plaint régulièrement de douleurs physiques (ostéo-musculo-articulaires) dans la région de la tête, de la nuque, des épaules, de la région lombaire, etc., ce qui l'handicape davantage dans son quotidien. Elle note de même un soulagement lors des séances de physiothérapie ainsi qu'avec les approches corporelles prodiguées dans le cadre du suivi thérapeutique à Lavey-les-Bains.

La situation globale (santé, comportement, dépendances...) de son fils unique est omniprésente, et les soucis qu'elle se fait à son égard l'épuisent complètement. La patiente est consciente qu'elle devrait apprendre à se protéger et à se distancier. Elle a tout de même réussi à obtenir que son fils déménage dans un appartement à part, mais néanmoins assez près d'elle, ce qu'il a fait en octobre 2011".

C. En cours de procédure, le dossier AI a été produit.

Il en résulte qu'une demande de rente a été déposée le 1^{er} juin 2004 auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après: l'OAI), la recourante invoquant un "traumatisme suite à l'accident du 31 août 2002".

Dans un rapport du 28 juin 2004, le Dr X._____ a exposé ceci:

"Depuis notre premier contact au mois de décembre 2003, Madame N._____ a fait de la physiothérapie d'abord de manière ambulatoire, puis de manière hospitalière du 02. au 20.02.2004 avec comme effet une nette amélioration subjective malgré des difficultés d'organisation de la part de la patiente. Des facteurs externes ont influencé l'évolution avec des problèmes asséurologiques associés à un souci concernant l'encadrement de son fils qui ne serait pas optimal à ses yeux. La patiente est bien consciente de ces perturbations, mais arrive difficilement à séparer les différents éléments.

Sur le plan objectif, la physiothérapie tant active que passive a permis une nette amélioration de la mobilité de l'épaule qui au mois de mai présentait une flexion à 140°, une abduction avec l'avant-bras en pronation à 130°, en supination l'abduction est complète, la rotation externe est à 70°, la rotation interne est à D10 ddc. A l'analyse segmentaire, présence d'une discrète souffrance C2/C3 ainsi qu'au niveau de D5.

En plus du traitement physiothérapeutique, Madame N._____ bénéficie d'un suivi psychiatrique de manière très rapprochée.

Le pronostic à long terme reste néanmoins réservé avec des douleurs chroniques persistantes dans un contexte de PTSD. Ici la capacité de travail restera à 0% comme aide-soignante, par contre dans un poste adapté, évitant les ports de charge et permettant des changements de postures, une capacité de travail d'au moins 50% pourrait être reconnue et ultérieurement à 100%".

S'agissant du genre d'activité envisageable, le Dr X. _____ a précisé ce qui suit:

"Une activité permettant un contact avec des personnes, évitant les postures prolongées, surtout assises, ainsi que les ports de charge au-delà de 10 kg. Un travail comme par exemple réceptionniste pourrait tout à fait être envisageable, tout en sachant que les postures prolongées au téléphone doivent être évitées. Actuellement une telle activité pourrait être effectuée à un taux de 50%".

Par lettre du 14 septembre 2004, la recourante a adressé à l'OAI une demande d'annulation de son dossier AI. L'OAI lui a répondu que ce n'était pas possible en raison d'un éventuel droit d'autres institutions à une restitution si des indemnités journalières avaient été versées.

Le 14 mars 2005, le Dr W. _____ et F. _____, psychologue-psychothérapeute FSP, ont indiqué à l'OAI qu'ils n'adhéraient pas à la demande de la recourante d'une prestation AI et que leur patiente renonçait elle-même à sa demande de prestations.

Le 2 mai 2005, l'OAI a écrit qu'il devait examiner le droit de la recourante à une rente puisqu'elle avait touché des indemnités journalières de l'assurance et qu'il ne pouvait accepter le retrait de la demande.

Sollicité par l'AI, le Dr W. _____ a répondu le 1^{er} juillet 2005 qu'il ne pouvait que lui adresser un questionnaire du même jour à [...], assureur-maladie de l'assurée, puisque sa patiente lui avait demandé de ne pas répondre sans l'avis de son avocat.

Dans le questionnaire adressé à [...], le Dr W. _____ a posé le diagnostic d'état de stress post-traumatique, en précisant qu'il n'y avait

pas de psychothérapie en cours, celle-ci s'étant terminée le 13 mars 2005, que l'évolution était bonne et qu'il n'avait pas attesté d'incapacité de travail.

Deux sommations ont été adressées à la recourante en novembre 2005 et janvier 2006 pour qu'elle adresse divers documents.

Le 17 mars 2006, l'OAI a rendu une décision de refus de rente, sur la base du dossier en raison du refus de coopérer de la recourante.

Les parties se sont déterminées sur le contenu du dossier AI.

La recourante en a profité pour adresser un rapport établi à sa demande le 6 septembre 2013 par le Dr C._____, psychiatre FMH, et S._____. Ce rapport a la teneur suivante:

"1. Anamnèse

Née à Casablanca, au Maroc, le 13 mars 1962, Madame N._____ est la première d'une fratrie de sept et en tant que telle s'est vue assumer la responsabilité de la famille dès ses 18 ans suite à la faillite des affaires de son père. Se marie en 1986, a un enfant en 1990, elle divorce dans l'année et vient en Suisse en 1993 pour chercher un emploi et assumer son fils laissé alors aux soins de sa mère. C'est ainsi que Madame fait la connaissance d'I._____ et devient son épouse en 1994. Le couple fait venir en Suisse l'enfant et tous trois forment une famille heureuse et sans histoire. Madame est professionnellement active. Six ans après, en 2000, Monsieur I._____ décède après une courte mais très grave maladie (cancer des os).

Lors d'un retour de vacances au Maroc pour revoir sa famille suite au décès de son père, le 31 août 2002, sur une autoroute espagnole, une voiture percute le véhicule conduit par Madame N._____, renvoyant par dessus la barrière de sécurité la voiture et ses occupants. Après plusieurs tonneaux ceux-ci s'écrasent en-dessous, dans un ravin rocheux faisant plusieurs blessés graves:

- le fils de Madame N._____, âgé de 12 ans, qui souffre actuellement des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral (TCC),
- son frère et sa belle-soeur partiellement paralysés, handicapés à vie.

Madame N._____ s'en sort avec une fracture à l'épaule gauche et diverses autres contusions de moindre gravité.

Madame N. _____ a été la seule à reprendre connaissance sur les lieux et dans l'obscurité, elle a découvert l'horreur de l'accident. Parmi les débris et la tôle froissée de sa voiture, elle a cherché ses proches pour les secourir. Depuis lors, le sentiment de responsabilité et d'une certaine culpabilité est resté présent pour elle, avec des images qui lui reviennent sans cesse.

2. Plaintes subjectives

Madame N. _____ se plaint de maux de tête persistants, de douleurs à l'épaule gauche, dans le bras et dans le dos qui nécessitent des soins hebdomadaires de physiothérapie et une prise régulière de médicaments pour l'aider à supporter ses douleurs et accomplir les tâches du quotidien. Mme est aussi suivie médicalement (antidépresseur, anxiolytique) pour lutter contre ses états dépressifs récurrents, ses difficultés à l'endormissement, souffre d'incapacité de concentration, de troubles de la mémoire et est actuellement en traitement pour des problèmes aux deux yeux.

Depuis le jour de l'accident, Madame N. _____ dit faire des cauchemars, revit à tout moment l'accident et ressent beaucoup d'anxiété lorsqu'elle décrit les images des personnes ensanglantées et se souvient (répétant à chaque séance) les mêmes événements survenus avant, durant et juste après l'accident.

3. Constatations objectives

L'état de santé de Madame N. _____ n'a eu aucune amélioration durable après l'accident. Depuis 2007, elle a du mal à s'occuper seule de différentes démarches telles que le suivi administratif concernant les problèmes de factures, assurances, avocats, médecins, impôts, etc,... La vue d'une lettre à son intention lui fait ressentir une très grande anxiété, ce qui ensuite empêche la lecture et la compréhension du contenu.

Elle semble parfois perdre le contact avec la réalité et certains facteurs de stress provoquent chez Madame des réactions aiguës, suivies d'états d'hyper vigilance, sentiments de détresse et/ou d'enfermement dans le but probable d'évitement, alors que d'autres fois, au contraire, certains événements importants semblent ne pas la toucher et son comportement est totalement détaché, réagissant de façon inadaptée face aux risques.

4. Diagnostic

Nous sommes en présence d'un PTSD ou Trouble de Stress Post Traumatique (F43-1 / CIM 10) de longue durée (F62-0 / CIM 10).

Clinique: névrose traumatique, syndrome psycho-traumatique différé-chronique.

5. Lien de causalité

Au moment de l'accident, N. _____ ne prenait plus d'antidépresseurs, prescrits suite au décès de son mari en 2000 et dit avoir été en vacances pour tourner définitivement la page des

deuils. Le sérieux accident survenu le 31.8.2002, duquel elle a été victime et témoin impuissant, l'a gravement atteinte.

Socialement isolée, avec un enfant gravement atteint lors dudit accident, avec peu de moyens financiers et de soutien humain, Madame a assumé seule toutes les démarches pour secourir son fils et venir en aide à sa famille au point d'oublier son état et le soutien médical et psychologique indispensables après un tel événement.

6. Thérapie / Pronostic

Trouver une parade médicale adéquate est souvent difficile dans les cas de PTSD. Depuis longtemps, Madame suit un traitement médical ainsi que des séances régulières de physiothérapie pour son épaule et les douleurs dans le bras et le dos.

Dans le Centre médical [...], Madame est actuellement suivie par le Dr C._____, pour ses troubles du sommeil, ses états dépressifs et anxieux et est soutenue en psychothérapie par moi-même. Au fil des ans (j'ai suivi son fils de 2005 à 2012) nous avons établi une relation de confiance et d'un point de vue psychologique, je tente de lui apporter écoute, apaisement et accompagnement humain et psychosocial.

Pronostic: Madame N._____ n'a pas d'antécédents médicaux ou autres troubles psychiatriques sous-jacents. Le pronostic est affecté par la nature et la durée du traumatisme en question.

Les méthodes d'adaptation actuelles lui apportent une certaine stabilisation, cependant le diagnostic et sa situation d'isolement social sont en cause dans l'irréversibilité de sa santé globale.

7. Limitation de la capacité de travail

L'état physique et psychologique de Madame N._____ ne lui permet pas d'exercer une activité salariale conséquente, lui permettant de gagner de quoi vivre sainement. A ses difficultés de santé s'ajoutent des problèmes financiers récurrents qui l'obligent à survivre dans un état de stress et d'anxiété permanents en raison du manque de ressources suffisantes pour se nourrir, se loger et payer assurances, médecins, etc.

Autres remarques

Madame N._____ souffre d'un trouble chronique qui modifie ses perceptions et la plonge dans un état de désengagement social et professionnel. Progressivement, son identité a été fragilisée, envahie par un sentiment d'impuissance et d'injustice et elle est convaincue que sa vie est détruite et qu'elle ne peut plus rien entreprendre. Elle est comme paralysée".

La recourante a maintenu ses conclusions, notamment celles tendant à la mise en œuvre d'une expertise.

Le 28 octobre 2013, le conseil de la recourante a écrit pour signaler que le fils de sa cliente avait été hospitalisé à la clinique psychiatrique de [...] au mois de septembre après avoir adressé à plusieurs reprises des menaces de mort à sa mère. Celle-ci souffre énormément du rejet et de l'agressivité dont son fils fait preuve à son égard. Elle maintient sa requête tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Les délais en jours ou en mois fixés par la loi ou par l'autorité ne courent pas du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA).

En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA, l'assurée étant domiciliée dans le canton de Vaud) et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

b) La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]).

2. La question litigieuse porte sur la prise en charge, au-delà du 31 juillet 2010, de prestations d'assurance-accidents en raison de

l'événement du 31 août 2002. Au vu des arguments présentés par les parties, il convient d'examiner l'existence du lien de causalité naturelle et adéquate entre cet événement et les troubles psychiques de la recourante. Il n'y a pas de contestation sur le plan somatique.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prétentions d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (TF 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2).

b) Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua none de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence, il suffit même que l'accident ait été la "conditio sine qua non" qui a simplement déclenché de manière prématurée le dommage ("bloss zeitlich bestimmend war") qui se serait de toute manière produit plus tard; il en va différemment, si le risque était déjà présent et qu'il fallait s'attendre à tout instant à la survenance du dommage (TF U 413/05 du 5 avril 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 28 p. 94; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3).

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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme

les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 126 V 353 consid. 5b; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). 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 181 consid. 3.2; 129 V 405 consid. 2.2; 125 V 461 consid. 5a et les références citées).

c) Le droit à des prestations suppose un rapport de causalité adéquate entre l'accident et le dommage. En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé 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 des accidents, 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. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont 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 en cours de guérison et les complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et les références citées).

Le Tribunal fédéral a qualifié d'accidents de gravité moyenne, à la limite des accidents graves, 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), 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; dans 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).

d) Pour pouvoir fixer le degré d'invalidité, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 51 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1).

Si les rapports médicaux sont contradictoires, le juge ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants 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 de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

4. a) En l'occurrence, l'assurance nie l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et les troubles présentés par la recourante; elle se fonde sur le complément d'expertise du Dr A._____.

Cette expertise – ou plutôt ce complément comme l'avait requis la recourante – a été établie après un examen de celle-ci et elle aboutit à la conclusion que le trouble de modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe, incapacitant en 2008, n'existe plus en 2010. Cette conclusion est fondée sur la prise d'autonomie du fils de la recourante et elle est bien motivée. L'expert relève en particulier qu'il n'y a plus de psychothérapie ni de médication psychotrope continue. La recourante ne conteste d'ailleurs pas qu'au moment de son examen par l'expert, son état psychique était favorable. Elle soutient qu'il s'est de nouveau péjoré parce que son fils, qui avait alors acquis une certaine autonomie, l'a perdue et qu'il vivait de nouveau avec elle. Force est de constater à cet égard l'influence prépondérante de l'état de santé du fils sur sa mère. Or, il s'agit-là d'un effet indirect de l'accident qui ne saurait fonder un lien de causalité naturelle.

En ce qui concerne l'état dépressif proprement dit, il n'est plus en relation de causalité naturelle avec l'accident depuis mai 2006 selon l'expertise de 2008. A cet égard, l'expert relève que la recourante avait déjà souffert d'un état réactionnel avant l'accident, consécutif aux décès

de son mari et de son père. L'accident a aggravé cet épisode dépressif mais dès 2006, la recourante a cessé son traitement par antidépresseurs. L'expert conclut dès lors à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sans influence sur la capacité de travail. Cette expertise est complète et convaincante. En particulier, elle se fonde sur une anamnèse détaillée, la prise en compte de l'ensemble des pièces médicales figurant au dossier, tient compte en détail des plaintes de l'assurée, se fonde sur des examens complets ainsi que sur des conclusions dûment étayées et motivées, en particulier s'agissant de la capacité de travail. Tel est également le cas sur ce plan aussi du complément de 2010.

Quant aux rapports produits par la recourante dans le cadre de la procédure de recours, ils ne sont pas probants. Tel est particulièrement le cas de ceux rendus par la psychologue S._____. D'abord, celle-ci n'est pas médecin spécialisée en psychiatrie, alors que la reconnaissance de l'existence d'une atteinte à la santé psychique suppose précisément la présence d'un diagnostic émanant d'un psychiatre (ATF 131 V 49 consid. 1.2; 130 V 396 consid. 6.3; TF 9C_815/2012 du 12 décembre 2012 consid. 3). Ensuite, sa motivation paraît être fondée presque exclusivement sur le fait que l'état psychique dégradé de la recourante est dû au conflit de celle-ci avec l'assurance et à sa position de victime. Or des indemnités journalières ou une rente ont pour vocation de compenser une incapacité de gain due à une affection médicale. Il ne s'agit pas de tort moral. Il en va de même s'agissant de l'argumentation de la Dresse H._____. Cette spécialiste a du reste relevé que la symptomatologie de l'assurée était fluctuante, variant d'un rendez-vous à un autre, ce qui ne peut qu'indiquer que la gravité de l'état de santé de cette dernière n'était pas très marquée.

Enfin, le dernier rapport produit, du 6 septembre 2013, n'est pas plus probant. Ses auteurs se fondent, en effet, sur une anamnèse brève, des constatations peu étayées et une analyse du cas sommaire, notamment au regard de l'expertise du Dr A._____.

Par ailleurs, les avis des Drs H._____, C._____, G._____ et T._____, tous en tant que médecins traitants de la recourante, doivent être appréciés avec les réserves d'usage, étant précisé en outre que les Drs G._____ et T._____ ne sont pas psychiatres. En définitive, les rapports d'expertise du Dr A._____ doivent être préférés, notamment, aux rapports précités. Il s'ensuit qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre l'accident du 31 août 2002 et les troubles psychiques affectant l'assurée.

b) Cela étant, même si ce n'était pas le cas, la causalité adéquate devrait être niée. Contrairement à ce que prétend la recourante, l'accident ne saurait être classé dans la catégorie des accidents graves au vu de la casuistique rappelée plus haut.

S'agissant des critères applicables, on rappellera que l'ATF 134 V 109, cité par la recourante, est celui relatif au "coup du lapin", dont il n'est pas question ici. La recourante admet que ni les critères de la gravité ou de la nature particulière des lésions physiques, ni celui des erreurs dans le traitement médical ni celui des difficultés apparues au cours de la guérison ne sont remplis. Au vu de son déroulement, on peut admettre le caractère particulièrement impressionnant de l'accident.

S'agissant de la durée du traitement médical, il ne faut pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement, et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3; TF U 92/06 du 4 avril 2007 consid. 4.5 et les références citées). La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère (TF 8C_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4 in RAMA 2005 n° U 549 p. 239; TF 8C_755/2012 du 23 septembre 2013 consid. 4.2.3). Dans le cas d'espèce, il n'y a pas lieu de retenir ce critère. A part une hospitalisation de deux jours au CHUV, il n'y a pas eu d'autres traitements que de la physiothérapie. Une opération a été envisagée, mais

elle n'a pas été effectuée. En outre, on peut discerner dans les rapports du Dr X. _____ que l'influence des troubles psychiques était déterminante. C'est ainsi que dans son rapport du 23 mars 2004, on peut lire que l'évolution était bonne et que les soucis personnels jouaient un rôle important dans l'évolution à long terme. Dans son rapport du 23 mars 2006, ce médecin a du reste relevé que les facteurs psychiques influençaient le tableau clinique. Les mêmes remarques peuvent être faites s'agissant de l'importance de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Dès lors, à supposer que la condition de la causalité naturelle soit remplie, ce qui n'est pas le cas, les critères ne sont pas suffisants pour considérer que la causalité adéquate est réalisée, même si l'on admettait que l'accident est à la limite des accidents graves, puisque seul le critère du caractère particulièrement impressionnant de l'accident paraît rempli.

c) En définitive, il n'appartient pas à l'intimée de prendre en charge les conséquences de l'accident du 31 août 2002 pour la période au-delà du 31 juillet 2010. Partant, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée rendue par l'intimée doit être confirmée.

5. a) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

Me Bruno Charrière a produit une liste des opérations, faisant état de 29h45 consacrées au dossier dès le 28 mars 2011. Cette liste précise que "le nombre d'heures n'est pas représentatif car il y a des prestations facturées de manière forfaitaire". Il n'y a pas lieu de tenir compte d'une part des échanges de correspondance entre l'avocat et l'assurance de protection juridique ([...] SA) et d'autre part des mémos adressés par le conseil à sa cliente ou à la partie adverse. En outre, l'assistance judiciaire a été accordée dès le 10 mai 2011. Il convient

toutefois de tenir compte de la rédaction du recours. On arrêtera donc le temps consacré au mandat à 18h30. Dès lors, l'indemnité doit être arrêtée à 3'704 fr. 40, soit 3'300 fr. à titre d'honoraires, 100 fr. à titre de débours et 274 fr. 40 de TVA.

b) La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RA) [règlement du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile; RSV 211.02.3]) en tenant compte des montants payés à titre de franchise depuis le début de la procédure.

c) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le présent arrêt est rendu sans dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours déposé le 10 mai 2011 par N._____ est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 24 mars 2011 par J._____ SA est confirmée.
- III.** L'indemnité d'office de Me Bruno Charrière, conseil de la recourante, est arrêtée à 3'704 fr. 40 (trois mille sept cents quatre francs et quarante centimes), TVA comprise.
- IV.** Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD,

tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

V. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Bruno Charrière, avocat à Bulle (pour N. _____)
- J. _____ SA
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :