

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 18 janvier 2016

Composition : Mme PASCHE, présidente
M. Neu et Mme Dessaux, juges
Greffière : Mme Simonin

Cause pendante entre :

L._____, à [...], recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat à
Lausanne,

et

W._____, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPG, 6 LAA

E n f a i t :

A. L._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], mariée et mère de 4 enfants mineurs, a travaillé en qualité de secrétaire à 50% auprès de la Ville de [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) lorsqu'elle a été victime d'un accident de la circulation le 15 février 2010. Selon la déclaration d'accident bagatelle complétée le 29 mars 2010 par l'employeur, l'assurée s'était fait tamponner (sic) l'avant gauche. Elle s'est alors rendue à la clinique [...], où elle a été examinée par le Dr R._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a posé le diagnostic d'entorse cervicale. Aucune incapacité de travail n'a été prescrite.

b) Le 10 septembre 2010, alors que l'assurée était passagère d'un véhicule, celui-ci a été percuté par l'arrière. Elle a alors à nouveau consulté le Dr R._____, qui a fait état d'une atteinte au niveau du rachis cervical droit et posé le diagnostic de coup du lapin (cf. prescriptions de physiothérapie des 21 septembre et 16 novembre 2010).

c) Selon le rapport d'IRM cervicale du 6 juin 2011 de la Dresse J._____, spécialiste en radiologie, il existait une protrusion discale postéromédiane légèrement sténosante en C5-C6, aucune autre lésion n'ayant été décelée.

Dans son rapport du 21 août 2011 à la CNA, le Dr R._____ a fait état d'une évolution favorable du premier accident (du 15 février 2010) au bout de cinq mois. Le second traumatisme avait quant à lui entraîné une symptomatologie clinique cervicale plus marquée, avec un échec du traitement conservateur (médicaments, infiltrations, physiothérapie), avec apparition de signes de surcharges psychologiques dus à la douleur chronique. L'indication à la pose d'une prothèse de disque intervertébrale en C5-C6 était retenue, le Dr R._____ demandant à la

CNA de lui faire connaître la prise en charge accordée. Le 5 septembre 2011, l'assurée a fait part à la CNA de son souhait de se faire opérer. Le 3 octobre 2011, l'intéressée s'est à nouveau adressée à la CNA, en indiquant être en arrêt de travail depuis le 27 septembre 2011, son état de santé s'aggravant, et attendre une réponse. La CNA lui a fait savoir le 11 octobre 2011 qu'elle lui rendrait réponse dès que possible. Le même jour, le Dr R. _____ a attesté que l'état de sa patiente était compatible avec la prise de vacances.

Le 5 octobre 2011, le Dr M. _____, spécialiste en neurologie, a examiné l'assurée. Dans son rapport du même jour, il a fait l'appréciation suivante du cas :

« Subjectivement cette patiente présente donc la récurrence de cervicalgies à la suite d'un accident type coup du lapin le 10.9.2010, avec évolution non favorable, compliquées dans un second temps, soit depuis fin août début septembre par une irradiation douloureuse assez diffuse au membre supérieur droit associée à des paresthésies distales.

Objectivement la nuque est douloureuse à la mobilisation, mais il n'y a pas de limitation. On met en évidence des douleurs à caractère fibromyalgique ou tendo-myogélotique à la palpation de la musculature para-cervicale, l'insertion occipitale, et sur l'ensemble des muscles brachiaux et antrébrachiaux du membre supérieur droit. Sur le plan neurologique il n'y a pas d'anomalie objective en faveur d'une souffrance radiculaire. En effet les réflexes tendineux sont normatifs et symétriques, il n'y a pas de déficit de la force, et les troubles sensitifs sont diffus et mal systématisés.

L'ENMG [électroneuromyographie] du membre supérieur droit est normal et n'apporte pas d'argument complémentaire en faveur d'un syndrome radiculaire. Il n'y a pas non plus de syndrome du tunnel carpien, de neuropathie ulnaire ou radiale, de plexopathie.

Quant aux examens radiologiques, compte tenu des rapports à disposition, ils mettent en évidence des troubles dégénératifs, type discopathie, et protrusion médiane, insuffisants pour être potentiellement responsables d'une compression radiculaire. Il n'y a pas non plus d'élément radiologique en faveur d'une éventuelle lésion traumatique.

En conclusion cette patiente présente un tableau de cervico-brachialgie droite atypique, à caractère fibromyalgique, sans composante neurologique sous-jacente, en particulier sans syndrome radiculaire. Les altérations cervicales documentées par les examens radiologiques sont de nature dégénérative et non pas traumatique.

Compte tenu de ces éléments le traitement conservateur mérite d'être poursuivi. L'antalgie pourrait éventuellement être optimisée par du [...], voire avec un antidépresseur. De plus, dans cette situation je déconseille fortement une prise en charge chirurgicale ».

Dans son rapport du 12 octobre 2011 à la CNA, le Dr R. _____ a posé le diagnostic d'instabilité discale C5-C6 post-traumatique, avec arrêt de travail à 100% à compter du 27 septembre 2011, probablement jusqu'au 12 octobre 2011.

Un inspecteur de la CNA s'est rendu le 31 octobre 2011 au domicile de l'assurée pour s'entretenir avec elle et l'a également entendue le 7 novembre 2011 dans les locaux [...] de la CNA. A cette occasion, l'assurée a déclaré avoir bien récupéré du premier accident, du 15 février 2010 ; elle n'avait pas dû arrêter son travail, avait fait de la physiothérapie jusqu'au début de l'été, mais n'avait pas repris l'équitation, sur conseil de son médecin, pour bien récupérer. S'agissant de l'accident du mois de septembre 2010, elle était passagère d'un de ses collègues. Attachée, elle ne s'attendait pas au choc, et a dit avoir ressenti un craquement au niveau de la nuque avec apparition de douleurs irradiant dans le haut du corps. Elle n'a pas perdu connaissance, le seul choc subi ayant été celui contre l'appuie-tête. Elle était ensuite retournée au travail, avait pris un Dafalgan et tenté de joindre le Dr R. _____, qui était en salle d'opération. Elle avait alors quitté son travail plus tôt ce jour-là. A la suite de l'accident, elle avait suivi des séances de physiothérapie, puis bénéficié d'une injection, puis à nouveau de la physiothérapie ; elle avait ensuite pris des médicaments. Son état se dégradant, elle avait été vue par le Dr M. _____, neurologue, qui lui avait dit qu'elle souffrait d'une inflammation en lien avec l'accident. Elle a enfin déclaré refuser d'être vue pour un deuxième avis par le médecin d'arrondissement.

Le 9 novembre 2011, le Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de la CNA, a estimé que les troubles actuels de l'assurée n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 10 septembre 2010.

d) L'employeur de l'assurée a annoncé le 10 novembre 2011 une rechute survenue le 27 septembre 2011 de l'événement du 10 septembre 2010.

Le dossier de l'assurée a été soumis au Dr T._____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA. Dans son appréciation médicale du 13 décembre 2011, il a relevé ce qui suit :

« L'assurée a eu un traumatisme cervical en février 2010 qui semble ne plus avoir été symptomatique dès l'été 2010.

Elle a eu un deuxième traumatisme cervical en septembre 2010. Depuis cette date, la patiente n'a cessé d'avoir des douleurs cervicales qui se sont accompagnées, à partir de août-septembre 2011, de douleurs irradiant dans le MSD [membre supérieur droit]. Suite à cet accident, il semble qu'un bilan complémentaire n'a été indiqué que 9 mois plus tard (IRM cervicale en juin 2011).

L'IRM de juin 2011 a mis en évidence des troubles dégénératifs avec protrusion discale paramédiane légèrement sténosante en C5-C6.

Un examen neurologique d'octobre 2011 s'est révélé dans les limites de la norme.

En fonction de ce qui précède, nous pouvons affirmer que les accidents de février et septembre 2010 ont décompensé une pathologie cervicale dégénérative préexistante.

En ce qui concerne l'accident de février 2010, il ne déployait plus d'effet en été 2010 puisque la patiente ne ressentait alors plus de cervicalgie.

En ce qui concerne l'accident de septembre 2010, il ne déploie plus d'effet, au plus tard, une année après l'accident, puisqu'il n'existe aucune lésion structurelle en relation avec cet accident puisque les altérations cervicales documentées par les examens radiologiques sont clairement de nature dégénérative et non pas traumatique et que le Dr M._____ a posé le 05.10.2011, le diagnostic de cervico-brachialgie D [droite] atypique à caractère fibromyalgique, sans composante neurologique sous-jacente, en particulier sans syndrome radiculaire.

A noter que suite à sa consultation, notre confrère propose de continuer le traitement conservateur et déconseille fortement une prise en charge chirurgicale ».

e) Par décision du 15 décembre 2011, la CNA a informé l'assurée qu'elle ne lui accorderait plus de prestations dès début septembre 2011, soit une année après l'accident.

L'assurée, par son conseil, s'est opposée le 13 janvier 2012 à la décision de la CNA, en déplorant pour l'essentiel que cette dernière se soit fondée « essentiellement » sur l'appréciation du Dr M._____.

Par décision sur opposition du 7 février 2012, la CNA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 15 décembre 2011, en se référant aux appréciations des Drs S._____, T._____ et M._____, ainsi qu'au rapport d'IRM du 6 juin 2011.

B. Par acte du 9 mars 2012, L._____, représentée par Maître Olivier Carré, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme dans le sens de l'octroi des prestations d'assurances au-delà du 31 août 2011, et subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction. En substance, elle fait valoir que l'opinion du Dr M._____ est sans pertinence, ce médecin étant orienté (sic) et son rapport ayant été transmis à l'intimée sans qu'elle n'y consente. Elle déplore ensuite que le médecin conseil se soit prononcé uniquement sur dossier, sans avoir connaissance des derniers clichés d'imagerie. Elle regrette ensuite d'avoir dû attendre « si longtemps » avant d'être fixée sur les suites qui seraient données à son dossier, en particulier s'agissant de l'opération préconisée par le Dr R._____. Elle déclare à cet égard « tenir la caisse intimée pour responsable du dommage qui pourrait résulter de sa réaction inappropriée », et tardive, en vertu de l'art. 78 LPGA. Elle requiert enfin la mise en œuvre d'une expertise. Avec son recours, elle produit plusieurs pièces, parmi lesquelles un rapport du Dr R._____ à son avocat du 4 mars 2012, dans lequel ce médecin critique la décision sur opposition de la CNA.

Dans sa réponse du 21 août 2012, la CNA conclut au rejet du recours. Elle se réfère pour le surplus à une appréciation du 6 juillet 2012 du Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, de son centre de médecine des assurances, qu'elle produit. Ce médecin y relève notamment que selon l'analyse du second accident, le véhicule dans lequel se trouvait l'assurée a subi une accélération maximale de 12,7 km/h à la suite du choc arrière, et une décélération maximale de 8,7 km/h en conséquence du choc avant. Or pour un Delta-V semblable à celui mesuré dans la majorité des accidents de tamponnements, à savoir inférieur à 15 km/h, il n'y a en principe pas à

s'attendre à des lésions structurelles. Le Dr F._____ observe en outre que si la hernie discale dans le contexte dégénératif est une affection fréquente, une hernie discale cervicale d'étiologie strictement traumatique est exceptionnelle. Il relève que l'IRM cervicale de la recourante ne montre aucun indice pour une lésion traumatique associée, estimant que la discopathie était préexistante. Compte tenu de l'absence de lésions référées, en présence de troubles modérément invalidants, vu la possibilité de poursuivre l'activité professionnelle, il n'y a, selon le Dr F._____, pas de motifs valables pour considérer que les troubles cervicaux présentés par l'assurée six mois après le deuxième accident étaient encore en rapport de causalité avec celui-ci. Le Dr F._____ a conclu son rapport en ces termes :

« La discopathie mise en évidence tardivement chez Mme L._____ au niveau C5-C6, au décours de deux traumatismes distorsifs de la colonne cervicale consécutivement à deux accidents de la circulation routière probablement mineurs, est sans rapport de causalité naturelle probable avec ces accidents et n'a pas, toujours selon les critères de la vraisemblance prépondérante, été aggravée structurellement ou rendue symptomatique par ces accidents.

En considération d'une sommation relativement rapprochée des traumatismes cervicaux subis mais en considération également de l'absence de lésions structurelles d'origine traumatique mises en évidence, on doit considérer que les effets des accidents ont cessé au plus tard une année après le deuxième accident.

Hors considérations asséurologiques puisque l'intervention proposée ne fait pas partie des traitements adaptés aux seules suites accidentelles, l'indication à une arthroplastie discale chez Mme L._____, en l'absence de symptomatologie radiculaire et en présence d'une discopathie C5-C6 modérée, respectivement banale compte tenu de la localisation et de l'âge de l'assurée, apparaît extrêmement discutable, surtout en présence d'une clinique non pleinement évocatrice d'une insuffisance segmentaire ».

Le 23 novembre 2012, la recourante a produit un avis du Dr R._____ du 5 novembre 2012, dont il résulte qu'il a réalisé le 6 août 2012 la pose d'une prothèse totale de disque cervical chez elle, avec d'excellentes suites opératoires et un retour complet à une situation normale, avec une qualité de vie nettement améliorée. Dans les suites de l'opération, les brachialgies droites et les problèmes du bras droit s'étaient résorbés, une capacité de travail pleine et entière pouvant être raisonnablement envisagée pour la fin du mois d'octobre 2012. Le Dr

R._____ a exclu l'hypothèse d'une fibromyalgie. Il a aussi critiqué l'appréciation du Dr F._____, estimant que son analyse de la problématique était la seule correcte, dès lors que son intervention avait été un « plein succès » avec disparition totale des douleurs et reprise planifiée d'activité à fin octobre.

Le 30 novembre 2012, la recourante a répliqué. Elle a répété qu'elle ne présentait aucune fibromyalgie, et qu'elle maintenait ses conclusions. Elle a regretté que des pièces ne la concernant pas se trouvent dans son dossier, craignant que des pièces la concernant n'aient été « éparpillées » dans les dossiers d'autres assurés, estimant que l'assureur devait reconnaître son erreur, ce dont il y aurait lieu de tenir compte dans le cadre de la fixation des dépens. Elle a rappelé que le Dr M._____ avait transmis son rapport à la CNA en violation du secret médical, sans que rien ne lui ait été demandé. Avec son écriture, elle a produit un courriel du Prof. H._____, spécialiste en neurologie, du 27 novembre 2012, dont elle estime que l'appréciation contredit celle du Dr M._____.

La CNA a à nouveau conclu au rejet du recours dans son écriture du 8 février 2013. Elle s'est référée dans ce contexte à un avis du Dr F._____ du 11 janvier 2013, qui a expliqué que les éléments médicaux produits par la recourante ne modifiaient pas son appréciation du 6 juillet 2012, précisant pour le surplus adhérer à l'avis du Prof. H._____.

Le 14 mars 2013, la recourante a produit un rapport du 4 mars 2013 du Dr R._____, qui maintient que l'indication opératoire était correcte et basée sur la notion de traumatisme.

C. Une expertise judiciaire pluridisciplinaire a été confiée auV._____), dont le volet orthopédique a été réalisé par le Dr B._____, le volet neurologique par le Dr Z._____, et le volet psychiatrique par la Dresse X._____, qui ont rendu leur rapport le 24 juillet 2015. Les experts ont procédé à l'analyse du dossier, puis décrit l'histoire médicale de

l'assurée et ses plaintes. Dans ce contexte, ils ont notamment relevé que lors de l'accident du 10 septembre 2010, l'assurée avait sa ceinture bouclée. A la suite de cet événement, elle avait consulté deux à trois jours plus tard le Dr R. _____ ; il n'y avait pas eu d'arrêt de travail. Les douleurs étaient apparues plusieurs mois après l'accident. L'assurée avait finalement été opérée le 6 août 2012 par le Dr R. _____, qui avait implanté une prothèse totale du disque C5-C6, cette intervention ayant été prise en charge par l'assurance-maladie. L'assurée s'est dite « guérie » depuis cette opération et a pu reprendre son activité professionnelle à 50% en novembre 2012. Les experts ont ensuite fait état des plaintes de la recourante, puis décrit ses activités quotidiennes, ainsi que ses données personnelles, familiales et professionnelles. Ils ont également décrit ses status orthopédique, neurologique, et psychique, puis examiné le dossier radiologique, qui a été complété par un ENMG. S'agissant en particulier de l'IRM cervicale du 6 juin 2011, les experts n'ont pas noté de lésion traumatique récente ou cicatricielle au niveau osseux ou ligamentaire postérieur ; il n'y avait pas non plus dans les parties molles la trace d'une lésion ou d'un hématome séquellaire visible, ces images étant compatibles avec une atteinte dégénérative. Quant aux clichés IRM et CT-scan du 22 mars 2012, les images étaient identiques aux images précédentes, neuf mois après le premier examen réalisé le 6 juin 2011. Sous la rubrique « situation actuelle et conclusions », les experts ont notamment relevé ce qui suit :

« Sur le plan orthopédique [...]

Elle a donc présenté deux traumatismes type whiplash à sept mois de distance. Les traumatismes initialement n'ont pas causé de problèmes nécessitant des arrêts de travail et c'est qu'à la suite de la réalisation d'une IRM montrant une discopathie C5-C6 que Madame L. _____ a une décompensation avec un épuisement et une fatigue augmentée, et des douleurs qui imposent un arrêt de travail. Treize mois après l'IRM, l'intervention est réalisée, alors que la SUVA n'avait pas donné son accord pour la prise en charge des suites de traumatisme.

L'expertisée présente à l'examen clinique une palpation du trapèze droit non contracturée mais sensible, surtout dans sa partie moyenne et distale. Le port de la tête est équilibré, on a une rotation de la tête à gauche à 45°, à droite à 60°, les inclinaisons sont à 20° des deux côtés et on voit la cicatrice d'implantation de la prothèse le long du sterno-cléido-mastoïdien à gauche.

Le reste de l'examen orthopédique est considéré comme normal. On se trouve donc dans une situation où les séquelles fonctionnelles et

douloureuses sont ce que l'on trouve habituellement après une implantation de prothèse cervicale dont l'indication est une cervicarthrose.

[...]

Sur le plan neurologique, le tableau présenté actuellement par Madame L. _____ est superposable à celui décrit par le Dr M. _____, soit un tableau de tendomyogélose cervicobrachiale à prédominance droite surchargé de phénomènes de lâchages antalgiques des différents groupes musculaires du membre supérieur droit sans évidence d'atteinte neurologique périphérique ou centrale.

En ce qui concerne la relation de causalité entre les troubles et l'événement accidentel du 10.09.2010, le mécanisme lésionnel décrit par la patiente évoque une distorsion cervicale simple de degré 1 à 2 selon la Québec Task Force. La persistance de troubles cervico-brachiaux au-delà d'une période d'un an après l'événement accidentel est à considérer comme sans relation de causalité naturelle probable ou certaine avec l'événement accidentel.

S'agissant de la discopathie C5-C6 avec protrusion discale, cette dernière, sur la base de l'expérience que l'on a de ce type de traumatisme, ne peut être considérée comme en relation de causalité probable ou certaine avec l'événement accidentel également, le plus probable étant qu'elle préexistait à l'événement accidentel et qu'elle n'a pas été influencée significativement par ce dernier.

En l'absence de trouble neurologique clairement identifiable dans les suites de l'événement accidentel et au présent bilan, il n'y a pas, d'un point de vue strictement neurologique, de conséquences persistantes de l'événement accidentel au-delà d'une période d'un an.

S'agissant de l'incapacité de travail ordonnée dans les suites de l'événement accidentel du 10.09.2010, d'un point de vue strictement neurologique, il n'y a pas eu d'incapacité de travail au-delà d'une période de six mois au maximum (100% pendant trois mois et éventuellement 50% pendant encore trois mois), mais ceci sera apprécié plus précisément par le Dr B. _____ en l'absence d'une atteinte neurologique significative.

[...]

Du point de vue psychique, la capacité de travail de Madame L. _____ n'a pas été amputée par son accident. Le pronostic est bon. Ses ressources psychiques le sont elles aussi ».

Les experts ont posé les diagnostics de status après implantation d'une prothèses discale C5-C6 sur troubles dégénératifs localisés, de status après distorsion cervicale simple de degré 1 ou 2 selon la Québec Task Force, et d'absence d'atteinte neurologique périphérique ou centrale significative avec un tableau de tendomyogélose cervicobrachiale bilatérale à prédominance droite et des troubles moteurs sans substrats organiques.

Ils ont en outre notamment apporté les réponses suivantes aux questions qui leur étaient posées :

« L'accident du 15.02.2010 ayant évolué favorablement sous le traitement effectué par le Dr R. _____, il n'y a actuellement aucune conséquence de cet événement accidentel.

En ce qui concerne l'accident du 10.09.2010, il n'y a actuellement plus de relation de causalité possible entre les plaintes actuelles et l'événement du 10.09.2010. On peut néanmoins admettre qu'il a existé en début d'évolution dans les suites immédiates de l'accident du 10.09.2010 des cervico-brachialgies d'origine plus tendino-musculaire que neurologique proprement dite sur une période de quelques mois, voire au maximum douze mois. Il faut néanmoins rappeler [que] les deux événements accidentels n'ont entraîné aucune atteinte, la protrusion discale C5-C6 étant très certainement préexistante à l'accident et n'ayant pas vraisemblablement été influencée significativement par ce dernier.

[...]

En l'absence d'une atteinte objectivable sur le plan clinique et paraclinique, il n'y a pas d'incapacité de travail présentée par Madame L. _____ en tant que conséquence des deux événements accidentels au-delà d'une période de six mois faisant suite au deuxième accident ».

A la question de savoir si l'intervention effectuée par le Dr R. _____ le 6 août 2012 était opportune, les experts ont exposé que les critères posés à l'indication d'une prothèse cervicale n'étaient pas remplis, si bien que l'arthroplastie discale était discutable, relevant toutefois que celle-ci semblait avoir influencé favorablement les troubles de l'assurée, y compris au niveau du membre supérieur droit.

Quant à la question de savoir si le fait que les traitements et interventions aient été différés dans le temps a eu pour conséquence une aggravation de la situation de la recourante, les experts ont répondu que sur la base des documents radiologiques, il n'y avait pas eu de dégradation morphologique de l'espace C5-C6 entre l'IRM réalisée en 2011 et en 2012 ; il n'y avait donc pas d'argument objectif pour affirmer que les traitements et interventions différés dans le temps avaient eu pour conséquence une aggravation de la situation.

La CNA s'est déterminée le 20 octobre 2015 sur le rapport d'expertise judiciaire. Elle a indiqué l'avoir soumis à son Centre de

compétence de la division médecine des assurances, qui l'a jugé « irréprochable ».

La recourante s'est déterminée le 23 novembre 2015, estimant que de graves erreurs avaient été commises dans cette expertise, tant factuelles que relevant de l'art médical, se référant à cet égard à une appréciation du Dr R. _____ du 15 septembre 2015 qu'elle produit. Selon ce médecin, l'évolution clinique de l'assurée n'a pas été décrite durant l'année suivant le deuxième accident ; il déplore en outre que « l'entier de ses rapports » adressés à la CNA ne se retrouve pas dans l'expertise, estimant l'anamnèse incomplète et fautive. Il a ensuite relevé plusieurs points qu'il estime contradictoires, critiqué les diagnostics retenus, et réitéré que l'indication opératoire était donnée, et que le problème avait été défini et bien traité, estimant que la lésion discale était bien de nature traumatique.

La recourante a dès lors requis la mise en œuvre d'une nouvelle expertise, ainsi que la tenue d'une audience, afin d'y faire entendre des témoins de son entourage familial, amical et professionnel.

La CNA a maintenu sa position dans son écriture du 14 décembre 2015.

Le 7 janvier 2016, la recourante a à nouveau sollicité la mise en œuvre d'une nouvelle expertise judiciaire, en se référant à un rapport du Dr R. _____ du 6 décembre 2015, dans lequel ce médecin a mis en doute la prise de position de la CNA du 20 octobre 2015.

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 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur

opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales, auprès du tribunal compétent, est donc recevable.

b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière - et le recourant présenter ses griefs - que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417 ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53).

b) Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 août 2011.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'évènement 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c, arrêt U 93/96 du 5 février 1997).

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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181 ; 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-

accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3^{ème} éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état 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* ; arrêt U 61/91 du 18 décembre 1991 [RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b] ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, *op. cit.*, n° 107 p. 930).

b) Pour déterminer si et dans quelle mesure une personne est incapable de travailler (cf. consid. 3a supra), l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, la tâche du médecin consistant 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 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1). A cet égard, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur

probante à un rapport médical, 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 ; ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Cela étant, selon la jurisprudence, 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 ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc ; TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010, consid. 3.2 ; TF 9C_91/2008 du 30 septembre 2008). Ainsi, au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre mandat thérapeutique et mandat d'expertise, on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (ATF 124 I 170 consid. 4 ; TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; TF I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in : SVR 2008 IV no 15 p. 43). Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expertise (TF 9C_776/2009 du 11 juin 2010, consid. 2.2 ; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009, consid. 4 ; TF 8C_14/2009 du 8 avril 2009, consid. 3).

Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), 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 (« appréciation anticipée des preuves » ; ATF 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

4. En l'espèce, la CNA a estimé - en se fondant en particulier sur l'appréciation médicale des Drs S. _____ v à, T. _____ et M. _____ - que les troubles présentés par la recourante au-delà du 10 septembre 2011 n'étaient plus en relation de causalité avec l'événement accidentel du 10 septembre 2010. La recourante soutient au contraire que c'est en raison de l'accident du 10 septembre 2010 qu'elle a dû subir l'intervention chirurgicale effectuée par le Dr R. _____ le 6 août 2012, à savoir la pose d'une prothèse totale du disque cervical, qui lui a permis de recouvrer une bonne qualité de vie.

L'assurée a subi deux accidents de la circulation en 2010. Le premier s'est déroulé le 15 février 2010. Le Dr R. _____, médecin traitant de la recourante, a posé le diagnostic d'entorse cervicale. Il n'est pas contesté qu'à la suite du traitement mis en œuvre par le Dr R. _____, qui a consisté en une infiltration, ainsi qu'en de la physiothérapie jusqu'au début de l'été 2010, l'évolution a été favorable. L'assurée n'a du reste pas eu d'arrêt de travail pour ce premier événement.

La recourante a subi un nouvel accident de la circulation le 10 septembre 2010. Alors qu'elle était passagère avant ceinturée d'un véhicule automobile, ce dernier a été percuté par l'arrière par un autre véhicule. Dans les suites de cet accident, elle a consulté à nouveau le Dr R. _____, qui a procédé à une infiltration et prescrit des anti-inflammatoires et des myorelaxants. Ce médecin a posé le diagnostic de

coup du lapin (cf. prescriptions de physiothérapie des 21 septembre et 16 novembre 2010), mais n'a pas certifié d'arrêt de travail.

Le Dr R._____ n'a pas complété de fiche de première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical. Cela étant, il est douteux selon les informations au dossier que la recourante ait présenté les caractéristiques d'un accident type « coup du lapin » à la suite de l'événement du 10 septembre 2010 : aucune perte de connaissance n'est alléguée, ni perte de mémoire. L'assurée a certes expliqué avoir ressenti un « craquement » au niveau de la nuque avec apparition de douleurs irradiant dans le haut du corps (cf. déclarations du 31 octobre 2011 à l'inspecteur de la CNA), mais n'a pas fait état de céphalées, ni de vertiges, de nausées, de vomissements ou d'autres symptômes.

Quoi qu'il en soit, même à admettre que la recourante ait subi une lésion du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » lors de l'accident du 10 septembre 2010, cela ne signifie toutefois pas, contrairement à ce qu'elle soutient, qu'un tel traumatisme explique encore les symptômes allégués plus d'une année après l'événement.

a) Sur le plan neurologique, le Dr M._____ a constaté après avoir examiné la recourante qu'il n'y avait pas d'anomalie en faveur d'une souffrance radiculaire, les réflexes tendineux étant normovifs et symétriques, sans déficit de force, et les troubles sensitifs diffus et mal systématisés. L'ENMG du membre supérieur droit était normal. Quant aux examens radiologiques, ils mettaient en évidence des troubles dégénératifs. Il n'y avait pas non plus d'élément en faveur d'une éventuelle lésion traumatique, ce qui confirmait que les altérations cervicales documentées par les examens radiologiques étaient de nature dégénérative et non pas traumatique (cf. rapport du 5 octobre 2011 du Dr M._____).

La recourante critique en recours l'opinion du Dr M._____, qu'elle estime sans pertinence, ce médecin étant « orienté », déplorant

qu'il ait transmis son rapport à la CNA sans y avoir été autorisé. Or la recourante est tenue de collaborer à l'instruction (cf. art. 43 LPGA) et admet du reste dans ses écritures « ne rien avoir à cacher ». L'opinion du Dr M. _____ est au demeurant confirmée par celle du Dr Z. _____, qui a constaté que le tableau présenté par l'assurée était superposable à celui décrit par le Dr M. _____, constatant l'absence d'évidence d'atteinte neurologique périphérique ou centrale.

On rappellera ici à l'attention de la recourante, qui a relevé que le Dr Z. _____ était régulièrement mandaté en qualité d'expert et émis des doutes à ce sujet, que le fait qu'un expert, médecin indépendant ou œuvrant au sein d'un centre d'expertise médicale, soit régulièrement mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux ne constitue toutefois pas à lui seul un motif suffisant pour conclure à la prévention ou à la partialité de l'expert (ATF 137 V 210 consid. 1.3.3 p. 226 et les arrêts cités). La recourante n'a au demeurant articulé aucun motif permettant de conclure à la prévention du Dr Z. _____. On relèvera dans ce contexte que l'expertise judiciaire pluridisciplinaire mise en œuvre auprès du V. _____ remplit l'entier des réquisits jurisprudentiels permettant de lui accorder pleine valeur probante : les points litigieux importants ont fait l'objet d'une étude circonstanciée ; le rapport se fonde en outre sur des examens complets de la recourante et prend en considération ses plaintes. Il a été établi en pleine connaissance du dossier, le contexte médical y est finement décrit, et les conclusions des experts sont claires, motivées et dénuées de contradiction.

Certes le Dr R. _____ voit des contradictions et des erreurs dans le rapport d'expertise judiciaire (cf. son rapport du 15 septembre 2015). Toutefois, les éléments qu'il soulève n'enlèvent en rien sa pleine valeur probante au rapport d'expertise judiciaire. Les experts ont bien fait état des éléments utiles au plan médical faisant suite à l'accident du 10 septembre 2010. Ils ont par ailleurs eu accès à l'entier du dossier de l'intimée, dans lequel figurent dès lors également les rapports médicaux que le Dr R. _____ lui a adressés. Le fait que les experts n'aient pas jugé utile de résumer l'entier des pièces médicales émanant du médecin

traitant de l'assurée n'altère en rien la qualité de leur expertise, dans la mesure où tous les points litigieux ont fait l'objet d'un examen fouillé. Les experts ont au demeurant répondu aux questions que les parties et le Tribunal leur ont posées, de façon précise et étayée. Les autres points relevés par ce médecin ne sont pas non plus propres à remettre en cause l'expertise : il est au demeurant le seul à persister à nier le caractère dégénératif des lésions présentées par l'assurée. Or les experts judiciaires - au même titre que les médecins d'arrondissement de la CNA avant eux, ainsi que le Dr M._____ - parviennent tous à la conclusion que l'atteinte est dégénérative, et exposent avec soin leur point de vue.

b) L'expertise judiciaire a également porté sur le plan psychique, dans la mesure où le Dr R._____ avait fait état le 21 août 2011 de signes de surcharges psychologiques dus à la douleur chronique, et le Dr M._____ mentionné un tableau de cervico-brachialgie à caractère fibromyalgique. L'expertise judiciaire a pourtant permis d'exclure tout diagnostic et toute atteinte au plan psychiatrique, en précisant que la capacité de travail n'avait pas été amputée de ce point de vue par l'accident, le pronostic étant bon, de même que les ressources psychiques de l'assurée.

c) Au plan orthopédique, les experts ont constaté sur la base des examens d'imagerie, et en particulier de l'IRM du 6 juin 2011, qu'il n'y avait pas de lésion traumatique récente ou cicatricielle aux niveaux osseux ou ligamentaire postérieur ; il n'y avait pas non plus dans les parties molles la trace d'une lésion ou d'un hématome séquellaire visible, les images étant compatibles avec une atteinte dégénérative. La recourante a au demeurant pu poursuivre son activité professionnelle sans arrêt de travail, et ce n'est qu'à la suite de la réalisation de l'IRM montrant une discopathie C5-C6 qu'elle a eu une décompensation conduisant à un arrêt de travail.

Dans leur examen, les experts judiciaires ont estimé que l'on se trouvait dans une situation où les séquelles fonctionnelles et douloureuses étaient ce que l'on trouvait habituellement après une

implantation de prothèse cervicale dont l'indication était une cervicarthrose.

Cela étant, ils ont estimé s'agissant de la relation de causalité entre les troubles et l'événement du 10 septembre 2010 que le mécanisme lésionnel décrit par l'assurée évoquait une distorsion cervicale simple de degré 1 à 2 selon la Quebec Task Force, la persistance de troubles cervico-brachiaux au-delà d'une période d'un an après l'événement accidentel étant à considérer comme sans relation de causalité naturelle probable ou certaine avec l'événement accidentel. Ils ont précisé, s'agissant de la discopathie C5-C6 avec protrusion discale, que sur la base de l'expérience de ce type de traumatisme, elle ne pouvait être considérée comme étant en relation de causalité probable ou certaine avec l'accident, le plus probable étant qu'elle préexistait à l'accident et n'avait pas été influencée significativement par ce dernier. Cette appréciation rejoint celle des Drs S._____, T._____, et F._____, et se fonde sur des examens approfondis. Elle n'est au demeurant, ainsi qu'on l'a vu, contredite que par le Dr R._____, dont l'opinion doit également être relativisée dans la mesure où, s'il est certes spécialiste, il n'en demeure pas moins le médecin traitant de l'assurée depuis de nombreuses années, avec lequel elle a noué une relation de confiance suffisamment forte pour subir une opération chirurgicale que les autres médecins lui déconseillaient.

On retiendra dès lors, avec les experts, que les deux accidents n'ont entraîné aucune atteinte, étant admis qu'il a existé en début d'évolution dans les suites immédiates de l'accident du 10 septembre 2010 des cervico-brachialgies d'origine plus tendino-musculaire que neurologique proprement dite sur une période de quelques mois, voire au maximum de douze mois.

Quant à l'argumentation de la recourante selon laquelle tout allait bien avant l'accident de septembre 2010, estimant que ses atteintes ne peuvent dès lors qu'être imputables à celui-ci, elle repose sur un raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc ». Or il est constant

que 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 » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341 sv. ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv., consid. 3b).

Au vu de ce qui précède, il convient de constater qu'en l'absence d'atteinte objectivable sur le plan clinique et paraclinique, la recourante n'a pas présenté d'incapacité de travail en tant que conséquences des événements accidentels des 15 février et 10 septembre 2010 au-delà d'une période de six mois après le deuxième accident, et qu'après au maximum un an à la suite de l'événement accidentel de septembre 2010, elle ne présentait plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'atteinte en lien de causalité avec celui-ci.

Finalement, en retenant un statu quo sine intervenu une année après l'événement du 10 septembre 2010, la CNA n'a pas violé le droit.

5. a) Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de 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 crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, 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 (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en

considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident (inchangé) ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions (inchangé) ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible (formulation modifiée) ;
- l'intensité des douleurs (formulation modifiée) ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident (inchangé) ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes (inchangé) ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (formulation modifiée).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie 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 du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

b) En l'occurrence, aucune circonstance particulière n'est à relever dans le contexte de l'accident, qui peut être qualifié de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (pour comparaison : TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 9, TF 8C_655/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.1, TF 8C_9/2008 du 17 septembre 2008 consid. 6.1.2, TF 8C_33/2008 du 20 août 2008 consid. 7.2).

L'accident ne présentait manifestement pas un caractère particulièrement impressionnant ni n'a occasionné de circonstances particulièrement dramatiques.

La recourante n'a pas perdu connaissance, a pu retourner à son travail, qu'elle a certes quitté plus tôt.

L'accident n'a pas non plus entraîné des lésions physiques particulières, si ce n'est une entorse cervicale. Le traitement médical n'a pas donné lieu à des hospitalisations. Il a consisté pour l'essentiel en de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires et myorelaxants. L'assurée n'a pas non plus dû se faire administrer un traitement médical spécifique et pénible de façon prolongée. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de douleurs intenses, du moins imputables à l'accident, la recourante ayant pu poursuivre son activité professionnelle sans interruption.

En conclusion, les critères ne sont pas remplis. Il n'existe donc pas de lien de causalité adéquate entre les troubles allégués par la recourante et l'événement du 10 septembre 2010.

Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 ; ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid 3.2 et TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il y a ainsi lieu de rejeter la requête de nouvelle expertise pluridisciplinaire de la recourante, de même que celle tendant à l'audition de témoins. Au surplus, la recourante et l'intimée ont eu tout loisir de s'exprimer au cours de la présente procédure de sorte que la tenue d'une audience apparaît superflue.

6. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA).

b) Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 7 février 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Olivier Carré (pour L. _____), à Lausanne,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, à Lucerne,
- Office fédéral de la santé publique, à Berne,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :