

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 novembre 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Röthenbacher et M. Merz
Greffière : Mme Brugger

Cause pendante entre :

V._____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Claude Mathey,
avocat à Lausanne,

et

O._____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'infirmière [...] auprès de la [...] depuis le 1^{er} avril 2005 à plein temps. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès d'O._____ (ci-après : O._____ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 7 novembre 2008, l'employeur de l'assurée a indiqué que celle-ci avait été victime le 5 novembre 2008 à 8h00 d'un accident de la circulation, décrit en ces termes « choc par l'arrière ». Les parties du corps atteintes étaient les cervicales, jusqu'au dorsales, et les lésions de nature musculaire.

Selon la fiche documentaire pour première consultation après traumatisme d'accélération crânio-cervical du 5 novembre 2008 complétée par le médecin urgentiste de l'P._____, l'assurée présentait des douleurs à la pression au niveau C6-C7. Ses réflexes tendineux étaient normaux, de même que sa force musculaire. Il n'y avait pas de paresthésies ni de déficits sensitifs. Le médecin posait le diagnostic provisoire de douleurs de nuque avec douleurs/raideur, ou uniquement douleurs, sans signes somatiques (degré I selon la classification Quebec Task Force). Au moment du choc, l'assurée, conductrice du véhicule, ne s'attendait pas à la collision. L'appuie-tête était installé et elle faisait usage de la ceinture de sécurité. L'airbag ne s'est pas déclenché. L'assurée n'a pas perdu connaissance, ni eu de trou de mémoire, mais une réaction de peur et/ou frayeur. Elle n'avait pas eu de vertiges ni de vomissements, mais des douleurs de nuque immédiatement. Selon la fiche documentaire, elle avait déjà souffert avant l'accident de douleurs dorsales ayant nécessité un traitement.

Selon le questionnaire d'indications TC (traumatisme crânien) pour les circonstances de l'accident complété par l'assurée le 17 novembre 2008, celle-ci a consulté l'P._____ une heure après l'accident,

puis le Dr R._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, médecin traitant, de la D._____, à [...]. Elle se plaignait à l'époque où elle a complété le questionnaire de cervicalgies, de dorsalgies, de céphalées et de vertiges. L'incapacité de travail était totale.

O._____ a pris le cas en charge.

Le 20 novembre 2008, le Dr R._____ a diagnostiqué un whiplash et fait état d'une incapacité de travail totale à compter du 5 novembre 2008, probablement jusqu'à fin novembre 2008.

Un CT du rachis cervical a été effectué le 21 novembre 2008. Selon le rapport du 24 novembre 2008 des Drs M._____ et H._____, spécialistes en radiologie, il n'y avait pas de fracture ou de subluxation démontrable, avec toutefois un léger antélisthesis de C2 sur C3 pouvant refléter une lésion ligamentaire.

Les Drs M._____ et H._____ ont réalisé une IRM (imagerie par résonance magnétique) de la colonne cervicale le 10 décembre 2008. Dans leur rapport du même jour, ils ont constaté un discret glissement antérieur de C2 sur C3 sans atteinte de l'arc postérieur sur les différents niveaux cervicaux, ainsi qu'une discopathie C5-C6 débutante sans effet compressif.

Dans son rapport du 6 janvier 2009 à O._____, le Dr B._____, médecin-chef de l'P._____, a relevé que l'assurée avait présenté des douleurs cervicales, sans déficit neurologique, à la suite de l'accident du 5 novembre 2008. De la physiothérapie lui avait été prescrite lors d'une consultation de contrôle du 10 novembre 2008.

Le 17 mars 2009, le Dr R._____ a fait état d'une évolution très lentement favorable. Il a précisé que sa patiente avait été percutée par l'arrière par un autre véhicule, qu'elle avait vu arriver, alors qu'elle était à l'arrêt, avec le pied sur le frein. Elle souffrait depuis lors de cervico-scapulalgies résiduelles attribuées à des contractures musculaires réflexes

(trigger points) et suivait un traitement de physiothérapie, d'ostéopathie et d'ergothérapie.

Le 28 avril 2009, le Dr R. _____ a fait savoir à O. _____ que l'évolution demeurait lentement favorable et qu'une reprise d'activité devrait être très prochainement envisageable. Dans ce courrier, le Dr R. _____ a précisé que sa patiente utilisait un appareil d'électrostimulation de type TENS (Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation) visant un contrôle de sa douleur avec une amélioration.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, O. _____ a mandaté en qualité d'expert le Dr F. _____, spécialiste en neurologie, de la K. _____, qui a examiné l'assurée le 17 avril 2009. Dans son rapport du 7 mai 2009, le Dr F. _____ a relevé que l'assurée avait précisé que l'accident était survenu alors qu'elle rentrait d'une nuit de travail. Elle était arrêtée devant un rond-point après une sortie d'autoroute, lorsqu'elle avait été heurtée à l'arrière par un véhicule. Elle n'avait ressenti au début aucun symptôme, et avait repris le volant après avoir échangé les coordonnées avec le responsable de l'accident. Elle avait ressenti très rapidement après 300 mètres une intense brûlure du haut de la tête et le long de la colonne jusqu'à la hauteur des pointes d'omoplates. Son ami l'avait alors emmenée à l'P. _____. Ce n'était que dans un deuxième temps qu'elle avait commencé à ressentir de façon quotidienne des sensations lipothymiques intenses (nausées, tête qui tourne, sueurs froides, allant presque jusqu'à l'évanouissement). Elle a décrit également la présence de sensations vertigineuses, d'une démarche ébrieuse, ainsi que d'une majoration de tous les symptômes aux changements de positions. Le Dr F. _____ a posé le diagnostic de séquelles de traumatisme cervical correspondant au grade I de la classification Quebec Task Force depuis novembre 2008. Il a fait les constatations cliniques suivantes :

« **STATUS**

Observations directes

Apparence soignée, patiente souriante, comportement adapté, collaboration normale. L'anamnèse est réalisée sans difficulté.

Examen général

Tension artérielle 120/70mmHg. Pouls régulier. Auscultation cardiaque et pulmonaire normale. Rotation du rachis cervical limité en latéralité, distance menton-sternum à 0cm et distance doigts-sol à 0cm. Douleur à la palpation du rachis cervical sur les trois premières vertèbres, sans contracture. Douleur à la pression du rachis dorsal médian, sans contracture.

Nerfs crâniens : Champ visuel normal en confrontation, jeu pupillaire normal et symétrique. Fond d'œil : pas d'œdème papillaire. Oculomotricité normale et complète. Pas de paralysie faciale, pas de trouble sensitif de la face, pas d'atteinte du carrefour pharyngé. Pas d'agueusie. Nerfs XI et XII normaux.

Voies longues : Réflexes ostéotendineux normaux et symétriques. Cutané plantaire en flexion. Pas de syndrome cérébelleux cinétique. Réflexes cutanés abdominaux présents.

Membres supérieurs : Testing musculaire analytique normal sur les groupes musculaires distaux et proximaux. Sensibilité au tact, à la piquûre, à l'effleurement et au diapason normale et symétrique. Pas d'astéréognosie. Pas de signe de HOFFMANN, pas de bradykinésie ni de tremblement. Tonus passif normal.

Membres inférieurs : Testing musculaire analytique normal en proximal et en distal. Sensibilité au tact, à la piquûre, à la douleur et au diapason normale et symétrique. Sens de position du gros orteil normal. Tonus musculaire passif normal.

Station debout : Pas d'élargissement du polygone de sustentation. L'accroupissement est normal, la marche aveugle est normale, le déroulé du pas s'effectue de façon harmonieuse. Pas d'instabilité au ROMBERG et à l'UNTERBERGER ».

Il a en outre retenu ce qui suit sous la rubrique « appréciation du cas » de son rapport :

« Apparition très rapidement après un impact postérieur lors d'un accident de voiture d'une symptomatologie douloureuse polymorphe associée à des symptômes de type vertiges, lipothymie et acouphènes, la plainte principale étant centrée sur les douleurs de nuque.

L'évolution est majeure dans les quinze premiers jours, puis lentement favorable avec tendance à la chronicisation d'un fond douloureux cervical, de céphalées et d'une fatigue intense. Les constatations cliniques objectives vont dans le sens d'un traumatisme mineur (grade I), appréciation qui semble être retenue également par les différents médecins consultés dans le cadre de son accident. Madame V._____ présente plusieurs des symptômes décrits dans le cadre des traumatismes par coup du lapin : maux de tête diffus, vertiges, fatigabilité accrue, douleurs à la nuque. Cette symptomatologie semble évoluer de façon très lentement favorable.

Une reprise du travail à temps partiel est envisagée prochainement, l'expertisée semble investir beaucoup dans cette reprise du travail. Au cours de l'entretien, l'expert n'a pas relevé d'éléments indiquant un terrain dépressif ou revendicatif pouvant éventuellement péjorer le pronostic.

L'évolution à six mois est très lentement favorable, la persistance des symptômes à 6 mois reste dans les limites normales, mais indique un risque de chronicisation. La réussite de la reprise prochaine du travail est cruciale de ce point de vue ».

Le Dr F._____ était d'avis qu'une reprise progressive du travail était justifiée, à brève échéance, à savoir à 20% immédiatement, puis à 50% dans trois mois et à 100% vers fin 2009. S'agissant de la capacité de travail, le Dr F._____ a relevé que compte tenu des multiples compétences acquises par l'assurée au cours de sa carrière, on pouvait envisager, si le poste actuel restait difficile à exercer, le retour à une activité de soins ne nécessitant pas de port de charges lourdes, par exemple un travail en consultation, en hôpital de jour ou en centre de dépistage, ces activités présentant l'avantage de ne pas nécessiter une position assise prolongée et un travail sur écran. Une baisse de rendement était à envisager dans la mesure où l'assurée avait quitté la filière des soins depuis bientôt quatre ans ainsi qu'en raison des conséquences de l'accident. Pour le Dr F._____, l'état définitif n'était pas encore atteint et une réévaluation à douze mois de l'accident était nécessaire.

Le 25 juin 2009, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a réalisé un examen du rachis cervical de profil. Dans son rapport du 30 juin 2009, il a constaté que sur ces seules incidences de profil, il n'y avait pas de signe d'ancienne lésion traumatique, pas de listhésis ni d'altération dégénérative significative.

Une nouvelle expertise a été confiée par O._____ au Z._____ (ci-après : Z._____), confiée au Dr W._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la Dresse S._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, qui ont examiné l'assurée respectivement les 17 septembre et 5 octobre 2009.

Une scintigraphie osseuse trois phases a été organisée le 14 octobre 2009. Dans son rapport du même jour, la Dresse T._____, spécialiste en médecine nucléaire et radiologie, a conclu que l'examen ne démontrait pas de fracture vertébrale. La captation était relativement marquée au niveau cervical, avec une rectitude marquée du rachis cervical sur troubles de la statique (probablement d'origine musculaire ou ligamentaire). Il y avait également une hyperfixation en regard des apophyses épineuses de C2 et C7.

Le 27 novembre 2009, le Dr R._____ a fait savoir à l'employeur de l'assurée que celle-ci n'avait pas été en mesure de reprendre son travail, en raison notamment de douleurs quotidiennes touchant sa région cervicale, associées à de violents maux de tête.

Dans leur rapport d'expertise du 3 décembre 2009, les experts du Z._____ ont notamment retenu ce qui suit :

« A.4. DIAGNOSTICS

A.4.1 Diagnostics avec une répercussion sur la capacité de travail

- DOULEURS CHRONIQUES IRREDUCTIBLES APRES ENTORSE CERVICALE (R52.1)
- REACTION MIXTE, ANXIEUSE ET DEPRESSIVE (F43.22)

Depuis quand sont-ils présents?

Depuis l'accident du 5.11.2008.

A.4.2 Diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail

- M51.9 DISCOPATHIE LOMBAIRE NON DEFICITAIRE
- M54.9 DORSALGIE

Depuis quand sont-ils présents?

Depuis 1989 environ.

A.5. APPRECIATION DU CAS ET PRONOSTIC

Du point de vue psychiatrique :

Il s'agit d'une assurée qui en date du 5 novembre 2008 est victime d'un accident de la circulation au cours duquel l'arrière de sa voiture est percuté par un autre véhicule. L'assurée subit un coup du lapin et développe dans les suites de cet accident des douleurs importantes, des céphalées, des vertiges, une fatigue majeure et progressivement des symptômes de type dépressifs, ainsi qu'une composante anxieuse avec cauchemars, attitude d'évitement, irritabilité, accès de colère, fatigue, mais pas de flashbacks. Les symptômes sont en amélioration depuis quelques temps. Le diagnostic d'état de stress post-traumatique n'est pas retenu car

tous les critères ne sont pas présents : facteur de stress insuffisamment sévère, pas de frayeur sur le moment, pas de flashbacks. Etant donné que le coup du lapin peut justifier la présence de symptômes divers et gênants pendant des mois (voire davantage) après sa survenue, on est encore, un an après l'accident, dans le délai où on peut parler de « trouble de l'adaptation ». En l'occurrence, il s'agit d'une « réaction mixte, anxieuse et dépressive » (F43.22) d'intensité relativement sévère. Les troubles psychiques sont manifestement survenus à la suite de l'accident du 5/11/2008 et leur intensité intrinsèque ne justifie pas un diagnostic de trouble spécifique, ni anxieux (a notamment recommencé à conduire) ni dépressif (pas de syndrome dépressif complet et constant). On peut admettre que les troubles psychiques seront en relation de causalité naturelle pendant une durée de deux ans après l'accident (symptômes du coup du lapin pendant 18 mois, à quoi s'ajoute un délai de 6 mois admis pour les troubles de l'adaptation).

La personnalité présente probablement des carences au niveau de l'estime de soi, que l'expertisée compensait avant l'accident par une suractivité. Actuellement ce mécanisme est grippé du fait des limitations dues au whiplash, ce qui explique probablement la durée des manifestations anxio-dépressives. Il n'y a toutefois pas d'anamnèse de vrais dysfonctionnements relationnels et émotionnels depuis le début de l'âge adulte. Il n'y a donc pas d'argument en faveur d'un véritable trouble de la personnalité au sens clinique de la CIM-10 [Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes].

Vu la durée des troubles psychiques et la fragilité probable de la structure psychique (cf. supra), on peut penser qu'une démarche psychothérapeutique pourrait favoriser la gestion de cette phase difficile de son existence par l'expertisée et l'aider à repartir dans la vie active. Les composantes anxieuse et dépressive ne semblent pas suffisamment sévères pour justifier une médication appropriée mais si l'amélioration en cours devait ne pas se poursuivre, la prescription d'un sérotoninergique serait utile.

Du point de vue professionnel, il n'y a pas de raison de penser que l'expertisée a perdu durablement ses capacités. On pourrait envisager soit une reprise très progressive dans la même activité, soit un aménagement de manière à ce que l'expertisée puisse exercer temporairement (de l'ordre de 6 mois) une activité infirmière dans un cadre moins stressant que la [...].

Du point de vue orthopédique :

Selon les critères du mild traumatic brain injury committee (J Head Trauma Rehabil 1993; 8 (3) :86-87), il n'y pas eu de traumatisme cérébral modéré, l'assurée n'ayant pas présenté sur le champ une perte de conscience, un trouble de mémoire intéressant la période immédiate avant ou après l'accident, un syndrome confusionnel au moment de l'accident ou un déficit neurologique focal persistant ou transitoire.

Sur les images de CT du 21.11.2008 un discret glissement de C1 sur C2 est observé; l'examen IRM du 10.12.2008 soit 5 semaines après l'accident confirme cette position mais ne montre aucun signe de

lésion traumatique récente pouvant permettre de poser le diagnostic d'entorse cervicale avec un degré de vraisemblance suffisant. La scintigraphie osseuse que nous avons demandée en complément ne montre pas d'hypercaptation suggérant des phénomènes congestifs en relation avec une micro-instabilité, une algodystrophie secondaire, ou des remaniements post-traumatiques actifs, une poussée arthrosique segmentaire qui aurait été durablement décompensée par l'accident.

Par contre, persistent un certain nombre de symptômes, classiquement décrits dans les suites de whiplash et classés par la Quebec task force dans la catégorie I à II (pas de fracture et symptômes décrits par l'assurée ainsi que contracture paravertébrale observée, sans nette limitation de la mobilité); au nombre de ces symptômes figurent à ce jour :

- o des céphalées lors des efforts
- o des vertiges (en diminution)
- o une fatigue musculaire

Parallèlement aux facteurs somatiques, des troubles psychologiques jouent un rôle important comme déterminant de la chronicité et l'expert psychiatre en a débattu (cf. discussion au plan psychiatrique).

Toutefois, si la relation causale entre l'apparition des symptômes et l'accident est probable, il faut relever que l'importance des troubles et leur répercussion sur la capacité de travail paraît inhabituelle, sur la base d'études faisant état de la reprise du travail chez 95% des assurés après quelques mois.

Nous ne nous prononçons bien entendu pas sur la relation de causalité adéquate, cette dernière appréciation n'étant pas de notre ressort, mais on peut regretter qu'au dossier ne figure rien au sujet de l'importance objective du traumatisme (constat, photos, devis, factures).

B. INFLUENCES SUR LA CAPACITE DE TRAVAIL

1. Limitations (qualitatives et quantitatives) en relation avec les troubles constatés

Au plan physique

Le poste de travail devrait permettre des alternances de position, l'évitement de positions non ergonomiques pour la colonne cervicale, et de gestes répétitifs de façon prolongée (travail à la chaîne par exemple).

Au plan psychique et mental

Manque de confiance en soi et troubles cognitifs (concentration surtout) imputables au trouble anxiodépressif.

2. Influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici

2.1 Comment agissent ces troubles sur l'activité exercée jusqu'ici?

Au plan physique

Limitations selon l'équipement du poste de travail (ordinateur, téléphone, bureau) qui peuvent entraîner une baisse de rendement de 10-20%, dans le cadre d'un poste à 100%.

Au plan psychique

Incapacité de travail de 50%, avec un rendement normal dans une activité peu stressante, avec un rendement de 50% dans l'activité habituelle.

2.2 Description précise de la capacité résiduelle de travail

Au plan physique

Dans une activité adaptée, capacité de travail de 100% avec plein rendement.

Les diverses possibilités comme infirmière soit de santé publique, soit dans l'enseignement sont envisageables, permettant d'aménager le poste aux limitations fonctionnelles résiduelles, le cas échéant.

Au plan psychique

Cf. supra.

2.3 L'activité exercée jusqu'ici est-elle encore exigible? Si oui, dans quelle mesure (heures par jour)?

Au plan physique

Oui, à raison de 8 heures par jour.

Au plan psychique

Il serait probablement souhaitable que l'expertisée puisse, dans un premier temps (6 mois), reprendre contact avec la vie active dans un milieu moins stressant qu' [...]. Après ce délai, on peut espérer que l'expertisée retrouve peu à peu sa capacité antérieure de 100%, y compris dans son activité antérieure si elle le souhaite.

2.4 Y a-t-il une diminution du rendement ? Si oui, dans quelle mesure?

Au plan physique

Oui, de l'ordre de 10-20% selon l'aménagement du poste de travail.

Au plan psychique

Oui, certainement dans l'activité habituelle (50%) exercée à un taux de 50%, ce qui aboutit à une activité effective de 25%. Dans une activité moins stressante, on peut estimer que le rendement devrait être de 100%, toujours avec un taux d'activité de 50%.

2.5 Depuis quand, au point de vue médical, y a-t-il une incapacité de travail de 20% au moins?

Au plan physique

Depuis l'accident du 5.01[recte : 11].2008, incapacité de travail à 100% initiale puis diminution du rendement actuellement.

Au plan psychique

Idem.

2.6 Comment le degré d'incapacité de travail a-t-il évolué depuis lors?

Au plan physique

Il ne nous est pas possible de déterminer rétrospectivement une date de reprise de travail, dans le poste qu'elle occupait. Cette date de reprise théorique antérieure devrait se baser sur des documents médicaux détaillés qui ne figurent pas au dossier.

Au plan psychique

L'appréciation porte sur la situation actuelle. Faute d'arguments probants allant dans un sens contraire, il y a lieu de suivre l'appréciation du médecin traitant pour la période antérieure (incapacité de 100%).

3. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré est-il capable de s'adapter à son environnement professionnel?

Au plan psychique

Cf. supra. Si un aménagement est possible dans le sens d'une activité partielle avec un rendement partiel, oui. Si ce n'est pas possible, comme le dossier le suggère, il vaudrait mieux passer par une phase au moins temporaire (6 mois) d'une activité moins stressante, dont la durée pourrait être adaptée en fonction de l'évolution clinique.

C. INFLUENCES SUR LA READAPTATION PROFESSIONNELLE

1. Des mesures de réadaptation professionnelle sont-elles envisageables?

Si oui, prière d'indiquer un plan de réadaptation qui tienne compte des critères suivants :

- la possibilité de s'habituer à un rythme de travail
- l'aptitude à s'intégrer dans le tissu social
- la mobilisation des ressources existantes

Si non, pour quelles raisons?

Au plan physique

Oui, sans autres limitations que celles du point 3.1.

Au plan psychique

Voir la réponse à la question B3.

2. Peut-on améliorer la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent?

2.1 Si oui, par quelles mesures ? (par ex. mesures médicales, moyens auxiliaires, adaptation du poste de travail)

Au plan physique

Probablement partiellement (aides techniques et informatiques). Pas de mesures médicales qui permettraient une amélioration de façon indiscutable.

Au plan psychique

Un traitement psychothérapeutique serait probablement indiqué pour aider l'expertisée à passer le cap difficile qu'elle traverse maintenant. Eventuellement une médication sérotoninergique d'appoint pourrait être envisagée (cf. supra).

2.2 A votre avis, quelle sera l'influence de ces mesures sur la capacité de travail?

Au plan physique

Diminution probable de la limitation du rendement (cf. point 2.4).

Au plan psychique

3. D'autres activités sont-elles exigibles de la part de l'assuré?

3.1 Si oui, à quels critères médicaux le lieu de travail doit-il satisfaire, et de quoi faut-il tenir compte dans le cadre d'une autre activité?

Au plan physique

Possibilité de varier les postures et les mouvements.

Possibilité de repos dans la journée de travail.

Limitation des mouvements de nuque (rotations), du port de charges lourdes (plus de 20 kg), de mouvements répétitifs.

Au plan psychique

Toute activité adaptée à l'état physique et aux compétences, et pas trop stressante (rythme de travail et responsabilités).

3.2 Dans quelle mesure l'activité adaptée à l'invalidité peut-elle être exercée (par ex. heures par jour)?

Au plan physique

8 heures/jour.

Au plan psychique

50%.

3.3 Y a-t-il une diminution du rendement? Si oui, dans quelle mesure?

Au plan physique

Oui, entre 10-20%.

Au plan psychique

Dans une activité peu stressante, non (cf. supra).

3.4 Si plus aucune autre activité n'est possible, quelles en sont les raisons?

Au plan physique

Au plan psychique

Question sans objet.

REMARQUES

Un examen des véhicules et/ou des frais occasionnés sur ceux-ci permettrait le cas échéant d'avoir une idée de l'importance du choc. Aucun document n'est à disposition dans le dossier.

QUESTIONS COMPLEMENTAIRES

QUESTIONS CLINIQUES

1. Quelle est l'anamnèse?

Voir le texte ci-dessus.

2. Quelles sont les plaintes formulées par l'assurée?

Voir le texte ci-dessus.

3. Quelles sont vos constatations et diagnostic(s) (avec description du tableau clinique des troubles) ?

Voir le texte ci-dessus.

4. Parmi ces troubles, quels sont ceux d'origine organique?

La contracture musculaire paravertébrale, les cervicalgies et les dorsolombalgies.

5. Existe-t-il un tableau clinique typique des troubles après distorsion de la colonne cervicale par mécanisme de «coup du lapin» ou blessure équivalente à un tel mécanisme (voir définition du TFA [Tribunal fédéral des assurances] sur feuille annexe)? Si oui, quels sont ces troubles? cf. ci-dessus.

Dans le « tableau clinique typique » que vous donnez (voir début page 5 de ce rapport), on relève la présence de plaintes actuelles suivantes: maux de tête, fatigabilité, nuchalgies et vertiges (en nette diminution); l'assurée indique de plus une irritabilité notée par sa fille.

6. Existe-t-il un « Mild Traumatic Brain Injury » (MTBI)?

Selon les critères du mild traumatic brain injury committee (J Head Trauma Rehabil 1993; 8 (3) :86-87), il n'y pas eu de traumatisme cérébral modéré, l'assurée n'ayant pas présenté sur le champ une perte de conscience, un trouble de mémoire intéressant la période immédiate avant ou après l'accident, un syndrome confusionnel au moment de l'accident ou un déficit neurologique focal persistant ou transitoire.

7. Tous les troubles ou une partie de ceux-ci (lesquels?) sont-ils imputables, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 05.11.2008 ou ont-ils une autre origine?

Les contractures cervicales et les cervicalgies sont imputables en partie aux séquelles de l'accident du 5.11.2008.

Les troubles psychiques sont encore imputables à l'accident, et cela pour un délai de deux ans au plus après l'accident (cf. supra pour la motivation de cet avis).

8. Dans la première hypothèse, les troubles en rapport avec l'accident du 05.11.2008 sont-ils tout ou partie d'origine organique (par ex. contracture de la musculature paracervicale)?

Ces troubles somatiques sont en partie d'origine organique.

9. Dans la mesure où il en existe, quelles sont les causes des troubles étrangers à l'accident?

Facteur non organique probablement ajouté, étant donné l'évolution subjective sévère, malgré l'absence de signes objectifs.

Une probable fragilité de l'estime de soi (enfance carencée affectivement) se traduisant par un comportement hyperactif avant l'accident.

10. En présence de causes étrangères à l'accident:

Même sans accident, ces facteurs étrangers auraient-ils aussi, au degré de la vraisemblance prépondérante, de par leur dynamique propre porté atteinte à la capacité de travail de la personne assurée?

Probablement non.

Si oui,

a. à partir de quand?

b. dans quelle mesure?

11. (il y a lieu de répondre à cette question uniquement en présence d'un tableau clinique typique - voir question no 5 — et

simultanément de troubles psychiques). Les atteintes à la santé selon le tableau typique des troubles après une distorsion de la colonne cervicale (voir question no 5) se situent-elles tout à fait en arrière-plan par rapport aux troubles psychiques existants?

Non, les troubles décrits sous chiffre 5 ne se situent pas tout à fait en arrière plan, par rapport aux troubles psychiques existants. On doit reconnaître que l'importance du tableau somatique est inhabituelle eu égard au traumatisme initial et que ce tableau nettement accentué par une participation des troubles psychiques.

12. La poursuite d'un traitement médical est-elle nécessaire?

a. en vue d'obtenir une amélioration notable de l'état de santé?

b. afin d'éviter une aggravation de l'état de santé actuel?

c. si oui, quelles mesures thérapeutiques préconisez-vous et de quelle importance?

Il n'y a pas de traitement efficace des symptômes résiduels du whiplash de stade I à 2 sur le plan somatique.

Les troubles psychiques persistants justifieraient un traitement psychothérapeutique. Mais celui-ci n'a de chance d'être efficace qu'en présence d'une claire motivation du sujet, qui ne semble pas (encore) présente. Il ne peut pas être imposé.

13. Comme appréciez-vous la capacité de travail dans la profession de l'assurée?

a. au regard du tableau des troubles organiques dus à l'accident selon chiffre 8?

Capacité de travail de 100% à un poste d'infirmière adapté; diminution du rendement de 10-20% actuellement qui devrait s'estomper (phénomènes d'accoutumance).

b. au regard du tableau des troubles selon chiffres 7 et 8?

50% dans une activité adaptée (peu stressante), 25% (taux de 50% avec rendement diminué de 50%) dans l'activité habituelle.

14. Quelle est votre appréciation de la capacité de travail dans d'autres activités exigibles?

a. compte tenu des troubles organiques dus à l'accident selon chiffre 8?

Une capacité de 100% est exigible dans d'autres activités moins exigeantes que le métier d'infirmière, tout dépendant du poste de travail.

b. compte tenu des troubles selon chiffres 7 et 8?

50% pour un temps qui devrait être limité à 6 mois; ensuite une reprise à 100% est envisageable.

15. Si l'état définitif est atteint, les lésions consécutives à l'accident ont-elles entraîné une atteinte durable à l'intégrité physique de l'assurée?

Si oui, en quoi consiste l'atteinte à l'intégrité uniquement consécutive à l'accident du 05.11.2008 et à quel degré l'estimez-vous selon l'annexe 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202] et les tables de la SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents]?

Selon l'annexe 3 OLAA et les tables de la SUVA, l'atteinte à l'intégrité physique observée ne donne pas lieu à une indemnité, car il n'y a pas de lésion grave et permanente observée.

Sur le plan psychique, l'état définitif n'est pas atteint, mais les troubles post accidentels ne sont pas suffisamment sévères pour justifier une atteinte à l'intégrité (pas d'état de stress post-traumatique durable).

16. Avez-vous d'autres remarques à formuler?
Non ».

Dans un rapport du 29 janvier 2010 au Dr R._____, le Prof. N._____, spécialiste en anesthésiologie, a expliqué avoir examiné l'assurée pour la première fois le 2 décembre 2009. A cette occasion, il a relevé que les douleurs avaient progressivement augmenté avec le temps. Au début, la patiente souffrait de problèmes de déglutition qui ont disparu. Ses vertiges ont diminué et les syncopes vagales qui survenaient au début ont également disparu. Le Prof. N._____ était d'avis que la discopathie C5-C6 pourrait éventuellement avoir une origine traumatique. Actuellement, l'intensité de ses douleurs variait entre 5/10 et 10/10. Son sommeil était fortement perturbé, avec une grande agitation nocturne et de fréquents réveils. A l'examen clinique, il observait un status neurologique normal. Il y avait un petit antélisthésis de C2-C3 qui apparaissait en antéflexion et qui se transformait en rétrolisthésis en rétroflexion. Ces deux mouvements étaient limités et douloureux. La rotation à gauche et l'inclinaison à gauche provoquaient des douleurs à droite. Les articulations facettaires C2-C3, C3-C4 et C5-C6 à gauche, et C2-C3, C3-C4, C5-C6 et C6-C7 à droite étaient douloureuses et il y avait une rectitude importante de la colonne cervicale. Pour le Prof. N._____, la discographie C5-C6 étaient clairement pathologique, avec des lésions de ces disques caractérisées par une rupture de la partie postérieure du disque.

Dans son rapport du 23 avril 2010 au Dr R._____, le Prof. N._____ a relevé que sa patiente avait constaté une baisse de ses cervicalgies et maux de tête à la suite de la dénervation de l'articulation C5-C6 intervenue en février.

Le 24 juin 2010, le Prof. N._____ a fait savoir au Dr R._____ que sa patiente avait subi le 19 avril 2010 une neurotomie C5-C6 à gauche, qui avait conduit à une amélioration significative et stable.

Des positions statiques continuaient toutefois à engendrer une augmentation des douleurs, ce qui était très certainement en rapport avec la discopathie C5-C6 dont souffrait la patiente. La discographie effectuée montrait une fuite du liquide de contraste sous le ligament postérieur. Pour le Prof. N._____, ce type de pathologie était observé uniquement sur lésions traumatiques et ne pouvait en aucun cas être la manifestation d'une maladie dégénérative.

Par courrier du même jour à O._____, le Prof. N._____ a expliqué ce qui suit :

« 02.12.2009 : radioscopie fonctionnelle :

Cet examen fait partie de l'examen d'entrée des patients qui présentent des lésions cervicales post-traumatiques. Cet examen démontre un petit antélisthesis de C2-C3 qui apparaît en antéflexion et qui est transformé en rétrolisthesis en extension. Il est à noter que cet examen se fait sans avoir à anesthésier des structures cervicales, des gestes qui sont susceptibles d'engendrer de fortes modifications de ce type de pathologies.

03.12.2009 : radioscopie fonctionnelle :

Cet examen a été effectué après des blocs diagnostiques des articulations cervicales de C2/3 jusqu'à C5/6. L'examen démontre qu'il n'y a aucune modification de l'instabilité C2-C3 observée avant le geste diagnostique, ou lors de l'examen d'entrée.

18.01.2010 : radioscopie fonctionnelle / discographie cervicale :

Des discographies cervicales C5-C6 accompagnées d'une radioscopie fonctionnelle pratiquée avant et après la discographie. La discographie a été effectuée après administration de Zyncef 1.5 g de manière à éviter les risques de discite.

L'injection de contraste dans le disque C5-C6 provoque les douleurs cervicales habituelles de la patiente, celles qu'elle a eues immédiatement après son accident. L'injection de contraste ne provoque pas les maux de tête dont elle souffre. On observe une irradiation vers la région de l'omoplate droite, irradiation déjà présente déjà dans les premiers moments qui ont suivi son accident. Une dissection de contraste sous les ligaments postérieurs apparaît au moment même où elle décrit l'apparition de ses douleurs provoquées par l'injection. Le contraste se distribue davantage vers la droite que vers la gauche. L'intensité de ces douleurs est de 8/10. 30 secondes après la fin de l'injection, la patiente décrit des douleurs qui irradient vers la région occipitale des deux côtés, là où elle ressent habituellement ses douleurs. Le résultat de cette discographie est à considérer comme positif pour le niveau C5-C6. Aucun disque de contrôle n'a été effectué. Cela devra être fait avant de pratiquer une éventuelle intervention chirurgicale.

L'examen par radioscopie fonctionnelle effectué en présence de liquide de contraste dans le disque C5-C6 ne met pas en évidence de mouvement segmentaire pathologique à ce niveau.

17.02.2010: radioscopie fonctionnelle :

Des blocs facettaires bilatéraux ont été effectués du niveau C5-C6 au niveau C7-D1, des deux côtés. Les clichés fonctionnels n'ont pas mis en évidence d'instabilité segmentaire. Ces clichés nécessaires ont été réalisés car les blocs articulaires engendrent une relaxation importante de la musculature cervicale qui pourrait ainsi montrer une instabilité segmentaire. En dehors de l'instabilité C2-C3 observée lors de l'examen d'entrée, aucune instabilité segmentaire post traumatique n'a ainsi pu être décelée ».

Le 13 août 2010, O._____ a transmis au Z._____ les rapports du Prof. N._____ en invitant les experts à indiquer si ces documents remettaient en cause le rapport d'expertise du 3 décembre 2009, et les invitant dans l'affirmative à établir un rapport complémentaire détaillé à ce sujet.

La Dresse Q._____, spécialiste en médecine interne générale et rhumatologie, a fait savoir à O._____ le 22 novembre 2010 que les documents fournis n'étaient pas de nature à modifier la position du Z._____, en précisant qu'il avait été tenu compte d'une éventualité de discrètes instabilités sans répercussion neurologique définie.

Par décision du 8 décembre 2010, O._____ a mis un terme à ses prestations au 1^{er} janvier 2010. Elle a notamment relevé qu'il ne subsistait aucune lésion organique au moment de l'examen effectué par le Z._____ les 17 septembre et 5 octobre 2009. Elle a en outre nié l'existence d'une relation de causalité adéquate entre l'accident et les problèmes de santé persistants de l'assurée.

L'assurée, par son conseil, s'est opposée le 10 janvier 2011 à cette décision, en faisant valoir que la relation de causalité entre l'apparition des symptômes et l'accident était probable et que l'accident ne saurait être considéré comme étant de peu de gravité.

Le 13 janvier 2011, le Dr R._____ s'est adressé au Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de

l'appareil locomoteur, afin qu'il convoque l'assurée à sa consultation. Le Dr R. _____ a résumé le cas de l'assurée, en précisant que cette dernière avait retrouvé un travail auprès du E. _____ (ci-après : le E. _____) à compter du 1^{er} septembre 2010 et travaillait à 90% comme infirmière facturiste. Cette activité lui permettait des déplacements multiples, pas de port de charges, et des changements de positions fréquents. Cette activité plaisait à la patiente, qui trouvait toutefois ses fins de semaine difficiles dès le jeudi après-midi au niveau des douleurs.

Le Dr C. _____ a examiné l'assurée le 17 février 2011. Dans son rapport du même jour au Dr R. _____, il a relevé que l'examen radiologique était effectué sur des clichés fonctionnels de la colonne cervicale datant de juin 2010. Ces images ne montraient selon le Dr C. _____ aucune pathologie claire, le segment C5-C6 en particulier lui paraissant bouger de façon physiologique. Le CT-scan cervical de novembre 2008 était sans particularité pour ce qui en était des structures ostéo-articulaires et le rapport de scintigraphie de 2009 sans particularité. Sous la rubrique « évolution du cas » de son rapport, le Dr C. _____ a relevé ce qui suit :

« La symptomatologie douloureuse de Madame V. _____ correspond assez bien à celle d'une lésion type Whiplash résistante au traitement conservateur. D'après les documents en ma possession, il est impossible de savoir s'il existe ou pas une pathologie pouvant expliquer ses douleurs. Une déchirure du disque C5-C6 est évoquée dans le rapport du Prof N. _____ comme tout autant une discopathie C5-C6 sur une IRM dont je n'ai pas le rapport ni les images pour confirmer ce diagnostic. J'ai expliqué à la patiente la situation à laquelle nous sommes confrontés, tant du point de vue asséculo-logique que du point de vue thérapeutique. Dans un premier temps, je me suis proposé d'essayer d'obtenir le compte rendu IRM de [...] datant de 2009. Je te proposerais également de refaire un bilan radiologique avec des radiographies conventionnelles face, profil et en flexion-extension ainsi qu'une nouvelle IRM de façon à savoir s'il y a eu une évolution de sa possible discopathie C5-C6 qui aurait été vue en 2009 ».

Le Dr G. _____ a procédé le 22 mars 2011 à de nouveaux examens d'imagerie (IRM cervicale et rachis cervical face/profil fonctionnels et rachis dorsal face/profil). Son rapport du même jour a la teneur suivante :

« **IRM CERVICALE :**

Technique :

T1 et T2 sagittal, séquence myélographique, DRIV transverse de C2 à D1.

Description :

Pas d'anomalie de signal T2 ni d'anomalie morphologique de la moelle cervicale dorsale haute à hauteur de D6.

Pas de lésion de la charnière occipito-cervicale. Pas d'anomalie en C2-C3, C3-C4 et C4-C5.

C5-C6 : discrète protrusion discale en barre, sans hernie. Le canal et les trous de conjugaison sont libres. Une confrontation à l'IRM de 2008 serait utile.

C6-C7 : pas d'anomalie.

Pas de lésion aux niveaux dorsaux hauts.

La séquence myélographique ne révèle pas de contrainte sur les différentes racines cervicales. Pas de listhésis. Pas d'autre lésion suspecte d'être traumatique.

RACHIS CERVICAL FACE/PROFIL ET FONCTIONNELS :

Pas de signe d'instabilité sur les clichés fonctionnels. Discrète rectitude du rachis cervical sans autre trouble de la statique.

Pas d'autre anomalie.

RACHIS DORSAL FACE/PROFIL :

Scoliose dorsale basse lévo-convexe de 5°. Pas de tassement.

Discrètes discopathies dorsales hautes banales. Pas de listhésis.

CONCLUSION :

Protrusion discale en barre C5-C6 et discrète discopathie C5-C6, à confronter à l'examen de 2008. Rectitude du rachis cervical sans autre trouble de la statique. Pas de signes d'instabilité. Pas de listhésis. Minimales troubles dégénératifs et statiques du rachis dorsal sans lésion traumatique ».

Le Dr C. _____ a revu l'assurée le 21 juin 2011 et a résumé ainsi cet entretien :

« La patiente vient pour discuter de son IRM et des suites du traitement. L'examen radiologique confirme la présence d'une discopathie C5-C6 avec bombement discal à large base. Il n'y a pas de compression des structures nerveuses. La discopathie mentionnée correspond au disque pathologique mis en évidence par la discographie du Prof N. _____ en 2010. On se rappellera que cet acte avait permis de reproduire de façon assez concordante la symptomatologie de la patiente ».

Le Dr C. _____ a précisé qu'il n'avait pas prévu de revoir la patiente en consultation, à moins que la situation ne doive se détériorer.

Le 23 août 2011, O. _____ a transmis les nouvelles pièces médicales au Z. _____ en lui demandant d'en prendre connaissance et

d'indiquer si la discopathie C5-C6 a été occasionnée, au degré de vraisemblance requis, par l'accident du 5 novembre 2008.

Le 29 août 2011, la Dresse Q._____ a expliqué que les pièces produites n'étaient pas de nature à remettre en cause le rapport d'expertise du 3 décembre 2009.

Par courrier du 31 août 2011 au conseil de l'assurée, le Dr R._____ lui a fait savoir que le cas de sa patiente était stabilisé, mais pas guéri, concernant ses cervicalgies post traumatiques. Son incapacité de travail avait été de 80% du 1^{er} juin au 26 juillet 2010, puis de 50% du 28 juillet au 31 août 2010, et de 0% dès le 1^{er} septembre 2010.

Dans son rapport à l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) du 21 octobre 2011, le Dr R._____ a posé le diagnostic de whiplash. Il a relevé que sa patiente travaillait actuellement à 90%, mais qu'un 80% serait plus adapté, en raison de l'asthénie et des céphalées qu'elle présentait dès la moitié de la semaine. Elle devait en outre ne pas soulever de charges supérieures à 5-10 kg et exercer un travail dans différentes positions. Pour le Dr R._____, l'incapacité de travail était totale depuis le 5 novembre 2008 dans l'activité habituelle, mais la capacité de travail était de 80% sans baisse de rendement depuis le 1^{er} septembre 2011.

Par avis du 11 novembre 2011, le Dr L._____ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : le SMR) a relevé ce qui suit :

« En mars 2010, nous avons admis une incapacité de travail de 75% dans l'activité exercée, et de 50% puis 0% depuis le 5.4.2010 dans une activité adaptée à un status après entorse cervicale et réaction mixte anxieuse et dépressive.

Un projet de décision de rente limitée dans le temps a été communiqué le 14.2.2011.

D'après les documents médicaux, il apparaît que Mme V._____ a repris une activité de facturation à 90% au E._____ depuis l'automne 2010.

Une IRM cervicale de mars 2011 ne montre qu'une protrusion discale C5-6 et une discrète discopathie C5-6. Ces lésions sont tout à fait banales et ne permettent en aucun cas d'affirmer que l'état de santé de l'assurée s'est péjoré.

Nous avons un certificat du Dr R._____, attestant qu'il n'y a plus d'incapacité de travail depuis le 16.5.2011. Le rapport de ce même médecin du 21.10.2011 atteste une incapacité de travail totale comme opératrice secrétaire, et ceci depuis novembre 2008, et une pleine capacité de travail dans une activité adaptée, qui devrait permettre les changements de position et limiter le port de charges à 5-10 kg.

Au vu de ce qui précède, je réponds comme suit à vos questions :

- Les éléments complémentaires obtenus justifient-ils une modification des limitations fonctionnelles à retenir ? On peut effectivement admettre que le port de charges devrait être limité à 10 kg (plutôt que 20 auparavant) et que l'alternance des positions devrait être possible.
- Pouvons-nous admettre une diminution de la capacité de travail dans une activité adaptée ? Non. Selon le Dr R._____, il existe une pleine exigibilité dans une activité adaptée. S'il atteste une capacité de travail de 90% dans l'activité actuelle, c'est que cette dernière n'est pas totalement adaptée ».

Le 20 mars 2012, le Dr X._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin-conseil, a fait savoir à O._____, qui l'avait interpellé sur ce point, qu'il ne disposait pas des compétences requises pour décider si le fait que le Prof. N._____ constate la présence d'une discopathie post-traumatique C5-C6 caractérisée par une rupture de la partie postérieure du disque invaliderait les conclusions des Drs F._____ et W._____.

Les véhicules impliqués dans la collision du 5 novembre 2008 ont été examinés par Y._____, diplômé en ingénierie automobile, qui a établi son rapport le 26 juin 2012. Celui-ci a notamment la teneur suivante :

« La vitesse différentielle de collision se situait entre 22 et 28 km/h. La variation de vitesse (delta-v) du véhicule Renault [Mégan, soit celui de l'assurée], dû à la collision, se situait entre 10 et 13 km/h.

Rapport succinct

Les dommages au Renault sont concentrés à la partie arrière (choc arrière : pare choc, jupe, hayon, feu, plancher du coffre endommagé).

Les dommages au Nissan [Micra] sont concentrés à la partie avant (choc avant : pare choc, grille, moulure, capot, tôle, radiateur, etc.).

En conclusion, la Nissan heurta, avec sa partie frontale la partie arrière de la Renault avec un recouvrement complet.

En analysant les informations sur la configuration de la collision, les déformations visibles dans la documentation photographique, les poids, et les caractéristiques techniques des véhicules, utilisant le logiciel PC Crash, il nous résulte que la vitesse de collision du véhicule Nissan se situait entre 22 et 28 km/h, et que la variation de la vitesse de la Renault, dû à la collision, se situait entre 10 et 13 km/h (au sens d'une accélération) ».

O._____ a interpellé le Dr J._____, spécialiste en radiologie, en l'invitant à prendre connaissance du dossier médical complet de l'assurée, comprenant les clichés et rapports d'imagerie, et indiquer si les examens radiologiques effectués mettaient en évidence une lésion traumatique, notamment au niveau C5-C6, ou si les atteintes étaient de nature dégénérative.

Le 25 octobre 2012, le Dr J._____ a adressé le rapport suivant à O._____ :

« 1) CT cervical du 21.11.2008 :

Cet examen réalisé 16 jours après l'accident ne met pas en évidence de fractures osseuses ou de subluxation des massifs articulaires en faveur d'une lésion post-traumatique. Le rapport radiologique retient un antélisthesis de C2 sur C3 qui est minime et non significatif, et pouvant être sujet à discussion. Ce rapport ne décrit pas en revanche de très discrets remaniements dégénératifs objectivables sous la forme d'un début d'effilement des plateaux vertébraux inférieurs de C5 et C6, ainsi qu'une discrète ébauche d'uncarthrose en regard des espaces intersomatiques C5-C6 et C6-C7.

2) IRM cervicale du 10.12.2008 :

Cet examen réalisé 30 jours après l'accident ne met pas en évidence d'œdème intraspongieux tant au niveau de la colonne antérieure que postérieure en faveur d'une contusion osseuse post-traumatique. Parfaite définition des ligaments longitudinaux antérieurs et postérieurs, sans discontinuité en faveur d'une lésion ligamentaire. Absence d'épanchement au sein des massifs articulaires et absence d'altération de signal en regard des ligaments inter-épineux en faveur d'une lésion ligamentaire de la colonne postérieure. Absence d'altération de signal des tissus mous ou de la musculature en faveur d'une déchirure ou d'un hématome traumatique.

Présence d'une discopathie modérée C5-C6 se traduisant par protrusion discale focale postéro-médiane, sans évidence de conflit disco-radiculaire. Absence d'œdème sous-chondral des plateaux vertébraux adjacents et absence d'œdème des tissus mous en

regard, en faveur d'une origine traumatique à cette discopathie. Sur les séquences en pondération T2, il n'y a d'hypersignal focal en regard de l'anneau fibreux en faveur d'une déchirure de l'anneau antérieur et postérieur.

Par rapport au CT cervical du 21.11.2008, les remaniements dégénératifs se traduisant par l'effilement des plateaux vertébraux ainsi que l'ébauche d'uncarthrose des espaces intersomatiques C5-C6 et C6-C7 sont retrouvés et mieux visualisés.

A noter également la présence d'une minime discopathie C6-C7 non décrite se traduisant par un débord discal postérieur.

3) Radiographies de la colonne cervicale du 22.03.2011 :

Absence d'éléments sur ces clichés en faveur d'une lésion post-traumatique, en particulier absence d'arguments en faveur d'une instabilité de C5 sur C6 sur les clichés fonctionnels en flexion et en extension.

4) IRM cervicale du 22.03.2011 :

La discopathie protrusive C5-C6 ainsi que le débord discal C6-C7 présentent une évolution stable par rapport à l'IRM cervicale du 10.12.2008. Le reste de l'examen reste également sans changement significatif par rapport au comparatif.

5) IRM cervicale du 23.04.2012 :

La discopathie protrusive C5-C6 ainsi que le débord discal C6-C7 présentent une évolution stable par rapport aux IRM cervicales du 10.12.2008 et du 22.03.2011. Le reste de l'examen reste également sans changement significatif par rapport au comparatif.

6) Radiographies de la colonne cervicale du 24.04.2012 :

Absence d'éléments sur ces clichés en faveur d'une lésion post-traumatique, en particulier absence d'arguments en faveur d'une instabilité de C5 sur C6 sur les clichés fonctionnels en flexion et en extension.

Résumé et discussion :

Les différents examens radiologiques réalisés durant la période du 21.11.2008 et le 24.04.2012 illustrent une discopathie cervicale C5-C6 modérée qui présente une évolution stable tout au long de cette période. Aucun des examens ne permet clairement de conclure à une étiologie traumatique de cette discopathie. Ces examens ne mettent par ailleurs pas en évidence d'autres lésions d'allure post-traumatique sur le reste de la colonne cervicale. La sensibilité ainsi que la spécificité de l'IRM restent faibles dans la détection des lésions secondaires à un whiplash même lorsque l'examen est conduit dans un intervalle de temps allant de quelques jours à 6 mois. Il est ainsi actuellement difficile voire impossible de différencier avec les techniques d'imagerie actuelles, une origine dégénérative d'une origine traumatique à une discopathie. De plus, une étude récente a démontré que les discopathies sont les lésions ayant la valeur prédictive positive ainsi que la spécificité la plus faible dans le diagnostic de whiplash.

Dans le cas de votre assurée, les deux premiers examens réalisés après l'incident (CT cervical du 21.11.2008 et IRM cervicale du

10.12.2008) révèlent toutefois de très discrets remaniements dégénératifs osseux sous la forme d'une ébauche d'uncarthrose C5-C6 bilatérale. Bien qu'aspécifiques, ces remaniements dégénératifs des plateaux vertébraux sont le plus souvent associés à une discopathie de l'espace intersomatique correspondant, et parlent ainsi plutôt en faveur d'une discopathie C5-C6 d'origine dégénérative. L'hypothèse que cette ébauche d'uncarthrose soit secondaire et se serait développée suite à une discopathie d'origine traumatique paraît peu probable étant donné le court intervalle de temps entre les examens précédemment cités et l'incident.

Concernant la discographie réalisée par le Professeur N. _____, mes compétences dans le domaine sont limitées et c'est un examen qui ne se [pratique] plus dans les hôpitaux universitaires romands depuis plus de 10 ans. La discographie est une technique d'examen controversée et il existe un certain nombre de publications ayant démontré que même si les douleurs reproduites à la discographie étaient similaires à la symptomatologie présentée par le patient, celles-ci n'avaient aucune valeur diagnostique. Dans le compte rendu du Professeur N. _____ datant du 24 juin 2010, il précise qu'il n'a réalisé la procédure que sur le disque intervertébral C5-C6 et qu'il serait nécessaire de vérifier les autres disques intervertébraux. Cette remarque sous-entend donc qu'une discographie des autres niveaux intervertébraux est nécessaire afin de pouvoir valider et confirmer que les douleurs produites lors de son intervention soient bien secondaires à la discopathie C5-C6.

Le compte rendu du Professeur N. _____ du 29 janvier 2010 mentionne également l'existence d'une « importante dissection du contraste sous le ligament postérieur ». Cette description sous-entend vraisemblablement une déchirure de l'anneau fibreux sans que le type ne soit précisé. Trois différents types de déchirures ont été décrits: radiaires, périphériques et circonférentielles (ou concentriques). Il a été décrit que les déchirures radiaires sont d'origine dégénérative alors que les déchirures périphériques et circonférentielles peuvent être d'origine traumatique. La déchirure de l'anneau fibreux objectivée lors de la discographie n'est pas visualisable sur les différentes IRM effectuées, possiblement en raison d'une meilleure sensibilité de la discographie dans la détection des fissures annulaires. Le Professeur N. _____ ne précisant pas le type de déchirure qu'il a objectivée et en l'absence de clichés de la discographie dans le dossier que vous m'avez fait parvenir, il est ainsi difficile de déterminer si la déchirure décrite par le Professeur N. _____ est pathognomonique d'une discopathie d'origine traumatique. Mes compétences étant limitées dans le domaine de la discographie, je vous suggère de demander les clichés de la discographie au Professeur N. _____ et les soumettre éventuellement à un collègue, le Dr. [...] qui travaille au Centre d'imagerie [...]. A ma connaissance, il est actuellement le seul radiologue à [...] ayant de l'expérience et pratiquant encore les discographies ».

O. _____ a adressé le rapport du Dr J. _____ au Prof. N. _____ pour détermination le 31 octobre 2012. Le Prof. N. _____ lui a fait savoir le 7 novembre 2012 qu'il estimait le raisonnement du Dr

J._____ sans valeur. Il a notamment exposé que la discographie devrait être appelée plutôt « provocation discale », l'information principale étant obtenue par la communication avec le patient, l'objectif étant de déterminer si oui ou non l'injection de contraste dans le disque provoque les douleurs habituellement ressenties par le patient.

Le 12 novembre 2012, O._____ a fait savoir au Prof. N._____ avoir soumis son rapport du 7 novembre 2012 au Dr A._____, spécialiste en chirurgie. Ce dernier a précisé dans un courriel du 10 novembre 2012 que la technique pratiquée par le Prof. N._____, à savoir la discographie de provocation, ne devrait pas être utilisée et n'avait, à tout le moins, aucune valeur probante en ce qui concernait l'appréciation de la relation de causalité naturelle entre un événement et l'éventuelle plainte émise par une patiente (« *Es handelt sich dabei um eine Untersuchungstechnik, welche nicht angewendet werden sollte und schon gar nichts aussagt über die natürliche Kausalität, denn die Prädilektionsstelle degenerativ bedingter Diskopathien im HWS-Bereich findet sich auf Höhe C5/6* »). Le Dr A._____ renvoyait par ailleurs à deux articles de doctrines médicales qu'il citait.

Le 14 novembre 2012, le Prof. N._____ a indiqué à O._____ ne pas partager l'appréciation du Dr A._____.

Par décision sur opposition du 18 janvier 2013, O._____ a confirmé sa décision du 8 décembre 2010. Elle a relevé que les plaintes de l'assurée n'avaient pas de substrat organique objectivable, que l'accident était de gravité moyenne à la limite des accidents de peu de gravité, et qu'au-delà du 1^{er} janvier 2010, les plaintes de l'assurée n'étaient plus en lien de causalité adéquate avec l'événement du 5 novembre 2008.

B. Par acte du 21 février 2013, V._____, représentée par l'avocat Jean-Claude Mathey, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens que l'intimée doit lui verser des indemnités journalières au taux de 100% jusqu'au 1^{er} septembre 2010,

puis une rente d'invalidité de 17%, et subsidiairement au renvoi de la cause à O. _____ pour instruction complémentaire. En substance, elle fait valoir que selon les expertises de la K. _____ (du Dr F. _____) et du Z. _____, les lésions sont imputables à l'accident au degré de la vraisemblance prépondérante, et ce tant aux niveaux neurologique qu'orthopédique et psychiatrique, estimant dès lors que l'intimée s'est écartée sans motif de ces expertises reconnaissant un lien de causalité. Dans un autre moyen, elle relève que l'expertise du Z. _____ ne nie pas l'existence d'un trouble organique, mais conclut uniquement au fait qu'il n'a plus d'influence sur la capacité de travail. Quant à l'expertise neurologique, elle conclut à la stricte normalité de l'examen, sans exclure un rapport de causalité entre ses troubles et son accident. Elle en déduit que dans la mesure où l'expertise du Z. _____ comporte uniquement un aspect orthopédique ses conclusions ne suffisent pas à elles seules à faire échec aux conclusions de l'expertise neurologique de la K. _____ et au certificat médical du Prof. N. _____. Elle ajoute qu'aucun des médecins interpellés par l'intimé n'est actif dans le domaine du traitement de la douleur, alors que des compétences en la matière sont indispensables dès lors que les lésions organiques sont établies. A ses yeux, en l'absence de mesures d'instruction à ce sujet, l'intimée ne pouvait écarter les rapports médicaux du Prof. N. _____, ce d'autant qu'elle admet que la jurisprudence n'a pas encore tranché sur la valeur probante à accorder aux examens médicaux effectués par lui. S'agissant ensuite de la causalité, elle soutient qu'un accident ayant engendré un delta-v de 10 à 15 km/h doit être considéré de gravité moyenne, en se référant à l'arrêt du Tribunal fédéral 8C_425/2007 du 9 juillet 2009. Pour elle, dans la mesure où les experts du Z. _____ ont estimé que les troubles qu'elle avait présentés étaient imputables à l'accident jusqu'à deux ans après celui-ci, il fallait admettre que la nature de ses lésions physiques était propre à entraîner des troubles psychiques selon l'expérience. Elle ajoute que le traitement médical a été anormalement long et que le lien de causalité adéquate est donc donné. En dernier lieu, elle soutient que dans la mesure où son revenu exigible s'élève à 93'392 fr., et le revenu désormais réalisé à 76'787 fr. 10, elle présente un degré d'invalidité de 17% devant lui ouvrir le droit à la rente. A titre de mesures d'instruction,

elle demande l'audition du Prof. N. _____ ainsi que la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. Elle produit un onglet de pièces sous bordereau, parmi lesquelles se trouve une décision d'octroi de rente de l'AI du 6 février 2012, lui reconnaissant le droit à une demi-rente du 1^{er} novembre 2009 au 30 novembre 2010, fondée sur un taux d'invalidité de 53% (compte tenu d'un revenu sans invalidité de 93'392 fr. et d'un revenu avec invalidité de 43'954 fr. 50). Selon la motivation de cette décision, elle avait présenté une incapacité de travail de 75% dans son activité habituelle à l'échéance du délai d'attente d'une année, soit au 5 novembre 2009, et de 50% dans une activité adaptée. Son état de santé s'était par la suite amélioré, si bien qu'elle présentait à nouveau une capacité de travail entière dans une activité adaptée dès le 1^{er} septembre 2010, avec un taux d'invalidité de 6% (compte tenu d'un revenu sans invalidité de 93'392 fr. et d'un revenu avec invalidité de 87'909 fr.). Elle produit également son contrat de travail prévoyant son engagement comme infirmière auprès du E. _____ à compter du 1^{er} septembre 2010 à 90%, pour un salaire annuel brut au taux d'occupation de 76'787 fr. 10 sur 13 mois.

Dans sa réponse du 5 juin 2013, l'intimée conclut au rejet du recours.

En réplique, le 19 septembre 2013, la recourante se prévaut du fait qu'elle a dû subir une nouvelle intervention le 19 juin 2013, estimant que le traitement médical est toujours en cours. Elle relève en outre que les experts mandatés par l'intimée ne l'ont jamais vue, contrairement au Prof. N. _____, si bien qu'O. _____ ne saurait soutenir que son dossier a été suffisamment instruit, les médecins ne s'étant en particulier pas exprimés sur les lésions existant au niveau C3-C4 alors que c'est là que se situe le problème. Elle soutient à nouveau que les avis médicaux sont trop divergents pour pouvoir trancher en l'état du dossier et qu'une expertise pluridisciplinaire est justifiée. Avec son écriture, elle produit un protocole opératoire du 19 juin 2013 du Dr I. _____, spécialiste en neurochirurgie, prévoyant des blocs facettaires C3-C4 bilatéraux sous guidage radioscopique, intervention ayant justifié un arrêt

de travail de trois jours y compris celui de l'intervention. Selon l'indication opératoire, on peut lire « Cervicalgies chroniques. L'imagerie suggère le niveau C3-C4 ».

En duplique, l'intimée a maintenu sa position, en relevant que l'intervention du 19 juin 2013 consiste en l'infiltration de produit anesthésiant et n'est pas propre à démontrer l'existence ou l'absence de relation de causalité entre un événement et des plaintes.

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. 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).

En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 let. b LPGA), auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites (art. 61 let. b LPGA notamment), est 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 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 (ATF 131 V 164; 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le maintien éventuel du droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accident au-delà du 31 décembre 2009 pour les troubles persistant au-delà de cette date. La décision attaquée met un terme aux prestations d'assurance dès cette date, en niant tout rapport de causalité entre l'accident du 5 novembre 2008 et les troubles qui ont suivi. Au contraire, la recourante soutient que ces troubles sont bien en rapport de causalité avec ledit accident.

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. 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 évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). 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 402 consid. 2.2; 129 V 177 consid. 3.2; 125 V 456 consid. 5a et les références; TF 8C_878/2012 du 4 septembre 2013 consid. 3).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 402 consid. 4.3.1; 129 V 177 consid. 3.1; TF 8C_377/2009 précité consid. 5.1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2).

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 et les références citées).

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 no U 142 p. 75 consid. 4b]; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2^{ème} éd., n. 80 p. 865).

b) Pour déterminer si et dans quelle mesure une personne est incapable de travailler, 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 (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 précité consid. 2.2; TF 9C_514/2009 du 3 novembre 2009 consid. 4; 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; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 9C_440/2008 du 5 août 2008).

4. En l'espèce, O._____ a considéré que l'assurée ne souffrait plus, après le 31 décembre 2009, de troubles de nature organique en relation avec l'accident du 5 novembre 2008. Elle s'est fondée pour cela notamment sur les conclusions du Dr W._____ du Z._____ (rapport du 3 décembre 2009), du Dr J._____ (rapport du 25 octobre 2012) et du Dr A._____ (courriel du 10 novembre 2012). Elle a pour le surplus constaté que si les douleurs chroniques et la réaction mixte anxieuse et dépressive étaient encore en lien de causalité naturelle avec l'accident du 5 novembre 2008 à la date de l'examen par les experts du Z._____ en septembre-octobre 2009, elles n'étaient toutefois plus en relation de causalité adéquate avec celui-ci au-delà du 1^{er} janvier 2010.

Il n'est pas contesté que la recourante a subi une lésion du rachis cervical par accident de type « coup du lapin » lors de l'accident du 5 novembre 2008, et qu'elle en a présenté le tableau clinique caractéristique immédiatement après l'accident. Cela ne signifie toutefois pas, contrairement à ce que soutient l'assurée, qu'un tel traumatisme explique encore les symptômes présentés lorsque l'intimée a mis fin aux prestations, le 1^{er} janvier 2010.

a) Sur le plan neurologique, la recourante a été examinée par le Dr F._____. Dans son rapport du 7 mai 2009, ce médecin a posé le diagnostic de séquelles de traumatisme cervical correspondant au grade I de la classification Quebec Task Force, existant depuis novembre 2008, faisant état de l'apparition d'une « symptomatologie douloureuse polymorphe » à la suite de l'événement accidentel. Pour lui, les constatations cliniques objectives allaient toutefois dans le sens d'un traumatisme mineur (grade I). Il ressort ainsi de ses observations que sous réserve de douleurs à la palpation du rachis cervical sur les trois premières vertèbres et de douleurs à la pression du rachis dorsal médian, sans contracture, tout l'examen était normal (nerfs crâniens, voies longues, membres supérieurs et inférieurs et station debout). Le médecin-urgentiste de l'P._____ a également retenu un grade I lors de son examen de la recourante le jour de l'accident, en constatant que les réflexes tendineux étaient normaux, de même que la force musculaire, et qu'il n'y avait ni paresthésies, ni déficits sensitifs. Le Dr B._____ a du reste relevé le 6 janvier 2009 l'absence de déficit neurologique. De l'avis du Dr F._____, l'évolution a été majeure dans les quinze premiers jours suivant l'accident, puis lentement favorable, avec une tendance à la chronicisation. Une reprise progressive du travail était envisageable à 20% immédiatement (soit en avril 2009, l'examen ayant été effectué le 17 avril 2009), puis à 50% après trois mois et à 100% vers fin 2009. Le Prof. N._____ consulté par la recourante a lui aussi admis que le status neurologique était normal (rapport du 29 janvier 2010). L'appréciation du Dr F._____ n'a ainsi pas été contredite. On retiendra donc que la recourante ne présente pas de lésions au plan neurologique en lien avec l'accident.

b) L'assurée a ensuite été examinée auprès du Z. _____ dans le cadre d'une expertise bidisciplinaire, les 17 septembre et 5 octobre 2009. Dans leur rapport du 3 décembre 2009, les experts ont retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de douleurs chroniques irréductibles après entorse cervicale et de réaction mixte anxieuse et dépressive, présents depuis le 5 novembre 2008, les diagnostics de discopathie lombaire non déficitaire et de dorsalgie, présents depuis 1989 environ, étant sans effet sur la capacité de travail.

Au plan orthopédique, il n'y avait pas eu de traumatisme cérébral modéré, en l'absence de perte de conscience, de trouble de la mémoire portant sur la période immédiatement avant ou après l'accident, de trouble confusionnel au moment de l'accident ou de déficit neurologique focal persistant ou transitoire. Il y avait certes un glissement discret de C2 sur C3 selon les images du CT du 21 novembre 2008, position confirmée par l'IRM du 10 décembre 2008, mais l'imagerie ne montrait pas de signe de lésion traumatique récente pouvant permettre de poser le diagnostic d'entorse cervicale avec un degré de vraisemblance suffisant.

La scintigraphie osseuse ne montrait pas d'hypercaptation suggérant des phénomènes congestifs en relation avec une micro-instabilité, une algodystrophie secondaire ou des remaniements post-traumatiques actifs. Persistaient par contre un certain nombre de symptômes classiquement décrits dans les suites de whiplash et classés dans la catégorie I à II de la Quebec Task Force, soit des céphalées lors des efforts, des vertiges (en diminution) et une fatigue musculaire.

Au plan somatique, la capacité de travail était entière avec plein rendement, une baisse de rendement de 10 à 20% devant s'estomper, les experts estimant qu'il n'y avait pas de raison de penser que l'assurée ait perdu durablement ses capacités du point de vue professionnel.

L'expertise du Z._____ se fonde sur un examen détaillé du dossier de l'assurée. Les médecins l'ont examinée lors de deux entretiens. Ils ont posé une anamnèse étayée, pris en compte son traitement, ses antécédents, décrit sa vie quotidienne et ses plaintes. Ils ont procédé à l'examen des status somatique (rachis, membres supérieurs) et psychiatrique, avant de procéder à l'appréciation du cas et de répondre aux questions qui leur étaient posées. Ils ont examiné les points litigieux de façon circonstanciée et leurs conclusions sont motivées. Dans ces circonstances, il y a lieu de constater que la recourante ne présente pas de lésion organique en relation avec l'accident du 5 novembre 2008.

A la suite de l'examen auprès du Z._____, la recourante a consulté le Prof. N._____. Dans son rapport du 29 janvier 2010, celui-ci a relevé que la discopathie C5-C6 pourrait éventuellement avoir une origine traumatique, estimant que les lésions de ces disques étaient caractérisées par une rupture de leur partie postérieure. L'assurée rapportant selon le Prof. N._____ des douleurs entre 5/10 et 10/10, elle avait subi en février 2010 une dénervation de l'articulation C5-C6 (cf. rapport du 23 avril 2010 du Prof. N._____ au Dr R._____). Elle avait ensuite subi une neurotomie C5-C6 à gauche le 19 avril 2010 ayant conduit à une amélioration significative et stable. Cela étant, le Prof. N._____ avait procédé le 18 janvier 2010 à une discographie cervicale C5-C6 qui avait montré une fuite du liquide de contraste sous le ligament postérieur. Selon le Prof. N._____, ce type de pathologie était observé uniquement sur lésions traumatiques et ne pouvait pas être la manifestation d'une maladie dégénérative.

L'appréciation du Prof. N._____ quant à une lésion traumatique au niveau C5-C6 n'est cependant pas confirmée par les autres médecins ayant examiné la recourante. Ainsi la Dresse Q._____, à qui les rapports du Prof. N._____ ont été transmis pour déterminer s'ils étaient de nature à remettre en cause les conclusions de l'expertise du Z._____ du 3 décembre 2009, a nié cette éventualité (courrier du 22 novembre 2010). Le Dr C._____, qui a examiné l'assurée le 17 février 2011, a relevé que les images de l'examen radiologique de la colonne

cervicale datant de juin 2010 ne montraient aucune pathologie claire, le segment C5-C6 paraissant en particulier bouger de façon physiologique. Quant au CT-Scan cervical de novembre 2008 et le rapport de scintigraphie de 2009, ils étaient sans particularités. Selon le Dr C._____, la symptomatologie douloureuse de la recourante correspondait à celle d'une lésion de type whiplash résistante au traitement conservateur, sans qu'il ne lui soit possible d'après les documents en sa possession de savoir s'il existait ou non une pathologie pouvant les expliquer (cf. rapport du Dr C._____ du 17 février 2011). Le Dr G._____ a procédé le 22 mars 2011 à de nouveaux examens d'imagerie (IRM cervicale et rachis cervical face/profil fonctionnels et rachis dorsal face/profil), qui l'ont conduit à retenir une protrusion discale en barre C5-C6 et une discrète discopathie C5-C6, une rectitude du rachis cervical sans autre trouble de la statique et de minimes troubles dégénératifs et statiques du rachis dorsal sans lésion traumatique, les listhésis et signes d'instabilité étant absents. Pour la Dresse Q._____, ces éléments n'étaient pas de nature à remettre en cause les conclusions du rapport d'expertise du Z._____ de décembre 2009 (courrier du 29 août 2011). S'agissant de l'appréciation de l'IRM de mars 2011, le Dr L._____ du SMR a relevé qu'elle ne montrait qu'une protrusion discale C5-C6 et une discrète discopathie C5-C6, estimant ces lésions tout à fait banales et pas de nature à attester d'une péjoration de l'état de santé de l'assurée (avis Dr L._____ du 11 novembre 2011). Finalement, le Dr J._____ a procédé à l'examen de l'entier des documents d'imagerie au dossier, savoir en particulier le CT cervical du 21 novembre 2008, les IRM cervicales des 10 décembre 2008, 22 mars 2011 et 23 avril 2012 et les radiographies de la colonne cervicale des 22 mars 2011 et 24 avril 2012 (rapport du 25 octobre 2012). Il a constaté que les différents examens radiologiques réalisés durant la période du 21 novembre 2008 au 24 avril 2012 illustraient une discopathie cervicale C5-C6 modérée présentant une évolution stable durant la période en cause. Toutefois aucun des examens ne permettait de conclure à une étiologie traumatique de cette discopathie. Les examens ne mettaient en outre pas en évidence d'autres lésions d'allure post-traumatique sur le reste de la colonne cervicale. Le Dr J._____ a expliqué qu'à ses yeux, la discopathie C5-C6 était plutôt d'origine dégénérative, l'hypothèse que l'ébauche

d'uncarthrose se soit développée à la suite d'une discopathie d'origine traumatique lui paraissant peu probable étant donné le court intervalle de temps entre les examens radiologiques des 21 novembre et 10 décembre 2008 et l'événement accidentel. S'agissant plus spécifiquement de la discographie effectuée par le Prof. N._____, le Dr J._____ a relevé qu'il s'agissait d'un examen qui ne se pratiquait plus dans les hôpitaux universitaires romands depuis plus de 10 ans, cette technique d'examen étant controversée. Le Dr A._____ a également mis en cause la discographie de provocation réalisée par le Prof. N._____, estimant que cette technique ne devait pas être utilisée et n'était pas propre à établir une relation de causalité naturelle entre une plainte et un événement accidentel (courriel du 10 novembre 2012). Quant au Dr I._____, qui a réalisé des blocs facettaires le 19 juin 2013, il a fait état de cervicalgies chroniques, avec la précision que l'imagerie suggérait le niveau C3-C4, sans indiquer que les cervicalgies seraient d'origine post-traumatiques (protocole opératoire du 19 juin 2013).

Finalement, tous les médecins s'accordent à admettre qu'il n'est pas établi que les atteintes au niveau C5-C6 sont de nature post-traumatique, estimant plutôt que celles-ci sont dégénératives. L'appréciation - isolée - du Prof. N._____ n'est pas propre à remettre en question les observations concordantes des autres médecins. On retiendra donc que la recourante ne présente pas de lésion organique en relation avec l'accident du 5 novembre 2008.

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 403 consid. 5c/aa; 115 V 133 consid. 6c/aa; TF 8C_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3; TF 8C_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

b) En l'occurrence, l'accident s'est déroulé à faible vitesse, avec un delta-v se situant entre 10 et 13 km/h (cf. rapport d'analyse de l'accident du 26 juin 2012). Aucune circonstance particulière n'est à

relever dans ce contexte de sorte que l'accident est de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (pour comparaison : arrêts 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 9, 8C_655/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.1, 8C_9/2008 du 17 septembre 2008 consid. 6.1.2, 8C_33/2008 du 20 août 2008 consid. 7.2). Partant les circonstances qui sont en connexité étroite avec l'accident ou qui apparaissent comme ses effets directs ou indirects doivent-elles se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 115 V 403 consid. 5c/bb; 115 V 133 consid. 6c/bb).

L'accident ne présentait manifestement pas un caractère particulièrement impressionnant. On relèvera ici que la présente espèce diffère sensiblement du cas ayant donné lieu à l'arrêt 8C_425/2007 du 9 juillet 2008, dont se prévaut la recourante : dans cette affaire, la voiture avait été percutée par le véhicule qui la suivait sur l'autoroute, avait quitté la chaussée, heurté la glissière de sécurité puis s'était immobilisée sur le flanc gauche.

La recourante, qui a eu peur, n'a pas perdu connaissance. Si elle ne s'attendait pas à la collision, elle a toutefois vu arriver le véhicule (cf. rapport du Dr R. _____ du 17 mars 2009). Elle n'a subi aucune blessure nécessitant des soins immédiats et a été en mesure de remplir un constat d'accident à l'amiable et de reprendre son véhicule.

L'accident n'a pas non plus entraîné des lésions physiques particulières, si ce n'est un whiplash. Le traitement médical n'a pas donné lieu à des hospitalisations. Il a consisté pour l'essentiel en de la physiothérapie, de l'ostéopathie et de l'ergothérapie. 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, la recourante ayant vu au contraire son état s'améliorer (rapports des 17 mars et 28 avril 2009 du Dr R. _____ et du 7 mai 2009 du Dr F. _____, qui font tous état d'une évolution favorable).

S'agissant du critère de l'intensité des douleurs, si la plausibilité des douleurs ressenties par la recourante n'est pas contestée, il faut constater que celles-ci ne l'ont pas empêchée de reprendre une activité professionnelle au taux de 90%, une incapacité de travail de 10% ne pouvant être qualifiée d'importante. Si tant est que ce critère soit réalisé, il ne l'est pas de manière particulièrement prononcée.

En conclusion, tout au plus un critère est rempli, sans qu'il ne le soit de manière particulièrement intense. Or 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 puisse être admis (cf. jurisprudence citée consid. 5a *in fine* supra). Il a été jugé que trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisaient pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C_321/2010 du 29 juin 2010; 8C_897/2009 du 29 janvier 2010 consid. 4.5; 8C_421/2009 du 2 octobre 2009 consid. 5.8 avec références). Dès lors qu'ici seul un critère est rempli, sans intensité particulière, il y a lieu de considérer qu'il n'y a plus de rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé de la recourante après la fin des prestations au 1^{er} janvier 2010. Le droit à des prestations de l'assurance-accident au-delà de cette date, que cela soit sous forme d'indemnités journalières ou de rente, doit dès lors être nié.

Certes la recourante soutient qu'il y a lieu de se fonder sur l'appréciation psychiatrique des médecins du Z._____. Selon ceux-ci, les troubles psychiques étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident pendant une durée de deux ans, soit pendant 18 mois pour les « symptômes du coup du lapin », et pendant 6 mois supplémentaire en raison de troubles de l'adaptation. Toutefois la seule causalité naturelle ne suffit pas : il faut encore que les troubles soient en relation de causalité adéquate avec l'accident. Or conformément à la jurisprudence fédérale précitée (cf. ATF 134 V 109), l'intimée était fondée à considérer que les troubles présentés n'étaient plus en lien de causalité adéquate avec l'événement assuré à compter du 1^{er} janvier 2010, sans qu'il ne puisse lui

être fait grief de s'être écartée sur ce point de l'appréciation des médecins du Z._____, la notion de causalité adéquate étant juridique et non médicale. On rappellera encore dans ce contexte que la jurisprudence relative au principe d'uniformité de la notion d'invalidité dans l'assurance sociale a été précisée en ce sens que l'évaluation de l'invalidité par les organes de l'assurance-invalidité n'a pas de force contraignante pour l'assurance-accidents (ATF 131 V 362 consid. 2). Le fait que la recourante se soit vu reconnaître le droit à une demi-rente d'invalidité du 1^{er} novembre 2009 au 30 novembre 2010 est donc sans incidence sur la présente espèce, l'OAI ayant tenu compte dans son appréciation des troubles psychiques qui ne sont plus en lien de causalité adéquate avec l'accident du 5 novembre 2008 à compter du 1^{er} janvier 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 (cf. jurisprudence précitée consid. 3b *in fine* supra). Il y a ainsi lieu de rejeter la requête d'expertise pluridisciplinaire de la recourante, de même que sa requête tendant à l'audition du Prof. N._____.

6. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD), ni dépens (art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD). En effet, agissant en tant qu'assurance sociale, l'intimée n'a pas droit à des dépens même si elle obtient gain de cause et malgré ses conclusions (cf. ATF 127 V 205; 126 V 143).

**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 18 janvier 2013 par O. _____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais de justice 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 Jean-Claude Mathey (pour V. _____),
- O. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :