

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 12 juin 2014

Présidence de Mme PASCHE
Juges : Mme Dessaux et M. Gutmann, assesseur
Greffière : Mme Preti

Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourante, représentée par Me Isabelle Jaques, avocate
à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 et 36 LAA ; 4 LPGA

E n f a i t :

A. **a)** K. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaille depuis le 1^{er} septembre 1988 en qualité de [...] auprès de la R. _____. En cette qualité, elle est assurée contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Selon la déclaration de sinistre du 9 septembre 2011, le 5 septembre 2011, à 11 h 25, l'assurée s'est fait « emboutir la remorque de son scooter lorsqu'elle rentrait de tournée ». Elle avait chuté sur la chaussée et avait été blessée à la jambe gauche, à la fesse et à la cuisse. Il était précisé qu'elle passerait une IRM (imagerie par résonance magnétique), que la partie du corps atteinte était la colonne lombaire, et le type de lésion décrit comme étant une « tuméfaction ». Le travail a été interrompu à la suite de l'accident. L'assurée a consulté son médecin-traitant, la Dresse I. _____, le jour de l'accident.

La CNA a pris en charge le cas.

Le 9 septembre 2011, une IRM lombaire a été réalisée. Le Dr [...], spécialiste en radiologie, a observé la présence d'une petite hernie discale médiane postérieure L5-S1 sans compression radiculaire et une modification arthrosique au niveau des articulations postérieures L4-L5 et L5-S1. Il n'existait pas d'anomalie de signal au niveau des structures osseuses ni de tassement vertébral.

Dans un rapport médical à la CNA du 23 septembre 2011, la Dresse I. _____ a indiqué que sa patiente s'était fait renversée par une voiture alors qu'elle était sur son scooter avec remorque. Elle avait chuté sur le côté gauche, n'avait pas perdu connaissance et avait ressenti des douleurs lombaires, ainsi qu'à la hanche gauche et à l'épaule gauche. La Dresse I. _____ a posé les diagnostics de contusion de la hanche et de l'épaule à gauche et de lombosciatalgie post-traumatique à droite sur

lombalgies chroniques connues. Elle a précisé que sa patiente était connue de longue date pour des lombalgies basses. Selon elle, les lombalgies n'étaient pas uniquement causées par l'accident, puisqu'elles existaient depuis longtemps. Selon ce médecin, l'assurée présentait une incapacité de travail totale dès le 5 septembre 2011 et une pleine capacité de travail dès le 18 septembre 2011. La Dresse I. _____ estimait que le traitement était terminé depuis le 14 septembre 2011.

b) Selon la déclaration de sinistre du 7 octobre 2011, l'assurée a annoncé une rechute le 4 octobre 2011.

La Dresse I. _____ a expliqué à la CNA que l'assurée avait repris le travail à 90% - soit 100% des horaires, mais sans port de charges, ni tournée et avec des pauses régulières - dès le 26 septembre 2011, mais qu'elle s'était à nouveau retrouvée en incapacité totale de travail dès le 4 octobre 2011, en raison de l'augmentation de ses douleurs lombaires avec irradiation dans la cuisse gauche. La Dresse I. _____ estimait que l'assurée présentait une incapacité de travail partielle de 50% dès le 9 octobre 2011, puis de 25% du 30 octobre 2011 au 8 janvier 2012 (rapport médical LAA pour rechute du 9 novembre 2011 de la Dresse I. _____ ; certificats médicaux de la Dresse I. _____ des 4, 14 et 28 novembre 2011, 9 et 21 décembre 2011).

La CNA a alloué ses prestations pour la rechute dès le 4 octobre 2011 (courrier du 27 décembre 2011 de la CNA).

Le Dr T. _____, nouveau médecin-traitant de l'assurée, a établi un certificat médical attestant une incapacité de travail totale du 12 au 18 janvier 2012, cochant à cet égard la case « maladie » (certificat médical du 13 janvier 2012 du Dr T. _____).

Selon un rapport du 16 janvier 2012 au Dr T. _____, le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a noté une décompensation douloureuse des lombalgies chroniques suite à l'accident du 5 septembre 2011, le

traitement conservateur ayant permis une certaine amélioration avec toutefois une stagnation à plus de quatre mois du traumatisme. Ce médecin préconisait des infiltrations péri-radiculaires et adressait sa patiente au Dr J._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine intensive. Il a attesté une incapacité totale de travail du 19 au 31 janvier 2012, cochant à cet égard la case « accident » (certificat médical du 16 janvier 2012 du Dr H._____).

Dans un rapport du 18 janvier 2012, la Dresse I._____ a informé la CNA que l'assurée avait transféré son dossier médical au Dr T._____, auquel il fallait désormais s'adresser. Elle notait que l'évolution de l'état de santé de sa patiente était lente, mais favorable, avec un traitement antalgique et anti-inflammatoire.

A l'occasion d'un examen du dossier de l'assurée, le Dr D._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé, le 19 janvier 2012, que la relation de causalité entre les troubles actuels de l'intéressée et l'accident du 5 septembre 2011 était probable, l'accident ayant rendu douloureux ou aggravé un état antérieur, probablement de manière passagère, précisant qu'il était trop tôt pour dire si l'aggravation n'était que passagère et si le statu quo sine/ante était atteint.

Selon des certificats médicaux des 26 janvier et 7 février 2012 du Dr J._____, l'assurée était incapable de travailler à 100% du 26 janvier au 7 février 2012 et à 60% dès le 13 février 2012.

Le Dr T._____ a fait savoir à la CNA qu'il convenait de s'adresser au Dr H._____ pour la suite (rapport médical du 3 février 2012 du Dr T._____).

Le Dr J._____ a procédé à des infiltrations des blocs facettaires L5-S1/L4-L5 les 7 février et 7 mars 2012, conduisant à des arrêts de travail attestés par ce médecin.

Selon une note d'entretien téléphonique de la CNA du 24 février 2012, l'assurée a expliqué avoir adressé les factures relatives aux infiltrations à son assurance-maladie, sachant qu'elle avait des antécédents au niveau du dos qui concernaient sa maladie.

Le 4 avril 2012, l'assurée a subi une IRM de la hanche gauche. Selon les conclusions du rapport du 5 avril 2012 du Dr S._____, spécialiste en radiologie, l'IRM du bassin et notamment de la hanche gauche était pratiquement dans les normes. Le Dr S._____ constatait uniquement une discrète augmentation du signal au niveau de l'os sous-chondral dans le cotyle gauche pouvant témoigner d'une chondropathie débutante. Il n'y avait pas de foyer d'ostéonécrose ni d'œdème osseux ou fracture. La musculature de la ceinture pelvienne était en ordre. Le contenu pelvien était de signal et de morphologie normaux.

Le Dr J._____ a adressé sa patiente pour examen au Dr Q._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (courrier du Dr J._____ au Dr Q._____ du 30 avril 2012).

Le 3 mai 2012, une arthro-IRM de la hanche gauche a été réalisée. Dans son rapport médical du même jour, le Dr C._____, spécialiste en radiologie, a retenu les conclusions suivantes :

- « 1. Déchirure labrale de 1h à 3h, avec déinsertion quasi complète à 2h au niveau de la hanche gauche. Léger pincement de l'interligne articulaire en topographie supérieure, avec amincissement discrètement irrégulier des cartilages acétabulaires et fémoraux.
2. Chondropathie focale plus marquée, de grade IV, au niveau inféro-médial, sur le versant acétabulaire avec géodes sous-chondrales associées.
3. Angle d'antéversion du col fémoral mesuré à 14°. »

Ce même 3 mai 2012, un RX du bassin de face et axial a permis d'observer ce qui suit (rapport du Dr C._____ du 3 mai 2012, rubrique « description ») :

« Les angles de couverture externe et antérieur sont mesurés à 40 et 35° respectivement.
Impression d'un minime pincement de l'interligne articulaire en topographie supérieure.
Pas d'évidence d'altération autre de la hanche gauche, en particulier pas de fracture ou de calcification articulaire constatée. Pas de particularité au niveau des os du bassin et de la hanche droite.
Aspect normal des tissus mous pelviens. »

Le 31 mai 2012, l'assurée a subi une résection labrale de la hanche gauche. Dans son rapport opératoire du même jour, le Dr Q._____ a posé le diagnostic de lésion traumatique face profonde du labrum antéro-supérieure de la hanche gauche. Ce médecin a attesté une incapacité totale de travail de l'assurée dès la date de l'opération jusqu'au 29 juin 2012, dans un premier temps, reconduit plusieurs fois jusqu'au 30 août 2012 (certificats médicaux des 31 mai, 29 juin et 25 juillet 2012).

Le Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a observé qu'à la suite de l'opération, l'évolution était lentement favorable sur le plan des douleurs et au niveau fonctionnel. Il a retenu à titre de diagnostic une lésion traumatique de la hanche gauche sur résection labrale antéro-supérieure de la hanche gauche (rapport à la CNA du 25 juillet 2012).

Dans un rapport à la CNA du 22 août 2012, le Dr Q._____ a inscrit, sous la rubrique « remarque », qu'idéalement un poste au guichet de la [...] devrait être obtenu et qu'il avait adressé sa patiente, dans cette optique, au médecin d'entreprise. Le Dr Q._____ a attesté une période d'incapacité totale du 22 août au 22 septembre 2012 et à 60% du 1^{er} octobre au 20 novembre 2012 (certificats médicaux des 22 août, 19 septembre et 17 octobre 2012).

L'assurée a été convoquée le 31 octobre 2012 pour un examen par le médecin d'arrondissement, le Dr D._____. Ce médecin a résumé les déclarations de l'intéressée au sujet de l'accident comme suit :

« Pour revenir sur l'accident du 5.9.2011, la patiente roulait à scooter, avec son casque ; elle s'est fait renverser par une voiture, avec chute sur le côté gauche, douleurs au niveau de la hanche

gauche et lombosciatalgie gauche. Il n'y a pas eu de perte de connaissance ni d'amnésie circonstancielle. Selon le souvenir de la patiente, au niveau de la hanche gauche, il s'est bien agi d'un choc direct, sans mouvement particulier de la hanche gauche. La patiente a pu reprendre son travail, et à la fin de la journée de travail, elle s'est rendue chez son médecin-traitant ».

Le Dr D. _____ a retenu les éléments suivants sous la rubrique « appréciation » de son rapport :

« Nous [nous] trouvons à pratiquement 14 mois d'un accident de la voie publique, la patiente, en scooter, ayant été renversée par une voiture avec chute sur le côté gauche, douleurs au niveau de la hanche gauche et lombosciatalgies droites exacerbées sur fond de lombalgies chroniques. Il n'y a pas eu de perte de connaissance ni d'amnésie circonstancielle.

Selon le souvenir de la patiente, au niveau de la hanche gauche, il s'est bien agi d'un choc direct, sans mouvement particulier de la hanche gauche.

Après avoir été traitée pour l'exacerbation des lombosciatalgies gauches, persistance de douleurs au niveau de la face postéro inférieure de la fesse gauche à chaque pas, avec découverte d'une déchirure labrale de 1 heure à 3 heures au niveau de la hanche gauche. Le 31.05.2012, résection arthroscopique labrale antéro-supérieure de la hanche gauche.

Nous sommes actuellement à 5 mois de cette résection labrale antéro-supérieure de la hanche gauche. Subjectivement, la patiente a retrouvé une symptomatologie lombaire similaire à celle qu'elle ressentait avant son accident, avec douleurs lombaires en position statique de plus d'une demi-heure, en position en porte-à-faux ou au port de lourdes charges. Au niveau de la hanche gauche, la patiente ressent constamment une gêne au niveau de l'aîne gauche, gêne qui se transforme en douleurs lorsque la patiente passe de la position assise à debout, avec à ce moment-là, irradiation de la douleur au niveau de la face antéro-interne du tiers proximal de la cuisse gauche, entraînant une légère boiterie de quelques minutes. Cette symptomatologie douloureuse apparaît également lorsque la patiente monte les escaliers.

Objectivement, à l'examen clinique, limitation de la flexion de la hanche gauche à 110°, extension complète, douleurs en abduction et adduction extrêmes, légères douleurs à la palpation du pli inguinal gauche et fortes douleurs à la palpation de l'épine pubienne gauche. La palpation de l'épine pubienne droite entraîne également une douleur mais nettement moins importante.

En fonction de ce qui précède, du point de vue asséurologique, il paraît pour le moins probable que l'accident du 05.09.2011 ait décompensé une pathologie dégénérative lombaire préexistante avec retour à un statu quo sine à 6 mois de l'accident (c'est-à-dire à mi-mars 2012, après la dernière infiltration du Dr J. _____).

Le rapport de causalité entre l'accident et la lésion du labrum de la hanche gauche est par contre tout au plus possible. En effet, il est généralement reconnu qu'une lésion traumatique du labrum de la hanche ne peut survenir, chez un sujet d'âge moyen, que lors d'un traumatisme à très haute énergie avec contrainte excessive de la hanche (mouvements extrêmes de la hanche). L'accident du 05.09.2011 ne présente pas ces caractéristiques (chute avec choc direct sur la hanche gauche).

Le choc direct sur la hanche gauche a-t-il décompensé une lésion labrale préexistante, chez une patiente présentant de légers troubles dégénératifs au niveau de sa hanche gauche, c'est possible, mais non probable. Le cas échéant, dans un tel contexte, un statu quo sine est atteint à six mois. »

Par décision du 6 novembre 2012, la CNA a retenu qu'à compter du 11 novembre 2012, l'incapacité de travail et le traitement médical n'étaient plus à la charge de l'assurance-accidents. Elle a expliqué que les troubles de la hanche gauche, qui avaient nécessité une intervention par le Dr Q._____ le 31 mai 2012, n'auraient pas dû concerner l'assurance-accidents, la relation de causalité entre ces troubles et l'accident étant, selon l'avis du Dr D._____, tout au plus possible.

L'assurée a formé opposition à cette décision le 3 décembre 2012, qu'elle a complété le 7 janvier 2012 [recte : 2013], en concluant à son annulation et au maintien des prestations, ainsi qu'à la mise en œuvre d'une expertise pour déterminer si la lésion traumatique du labrum gauche était en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2011. Elle a déploré que le Dr D._____ se soit prononcé sans avoir connaissance du rapport de police établi à la suite de l'événement du 5 septembre 2011.

La CNA a versé au dossier accident le questionnaire complété le 22 septembre 2011 par l'assurée, expliquant que celui-ci se trouvait en mains de son service des recours. Selon ce questionnaire, l'assurée a décrit en ces termes l'accident du 5 septembre 2011 :

« Quand la voiture m'a coupé la priorité elle est entrée en collision dans ma remorque, et le scooter et moi sommes tombés sur la chaussée, mais je portais le casque et je rentrais à la R._____ de [...] ».

L'assurée précisait encore avoir été apte à travailler à 100% dès le 19 septembre 2011, le traitement médical étant terminé.

Le 11 janvier 2013, la CNA a versé au dossier le rapport de police établi à la suite de l'accident du 5 septembre 2011. Il en ressortait notamment ce qui suit s'agissant des circonstances de l'accident :

« Au volant de son automobile, [...], Madame [...] circulait sur l'avenue [...] à [...], en direction de [...]. Arrivée peu avant le n° 18 de cette rue, cette conductrice s'est mise en ordre de présélection afin de monter la rue [...]. Après avoir laissé passer un scooter de la R. _____, elle a démarré afin d'enfiler la rue [...]. C'est à cet instant qu'elle a aperçu que le scooter tractait une remorque. De ce fait, l'avant gauche de son auto est entré en collision avec l'arrière gauche de la remorque du scooter. Suite au choc, Mlle K. _____, pilote du scooter, a été déséquilibrée et a chuté au sol. »

La déposition de l'assurée a été la suivante :

« Le 05.09.2011, vers 1130, je circulais sur l'avenue [...] en direction de [...]. A la hauteur du n° 5 de cette avenue, alors que je roulais à environ 15-20 km/h, j'ai aperçu le véhicule [...] qui était sur la voie de présélection pour monter sur la rue [...]. La conductrice de ce véhicule n'a pas attendu que je passe entièrement et est venue percuter la remorque de mon scooter. Je suis alors tombée au sol. J'ai pu me relever toute seule mais je souffre au dos. Je ne souhaite pas d'ambulance, mais me rendrai chez mon médecin dans l'après-midi. J'étais porteuse de mon casque, lequel était attaché. Je n'ai rien d'autre à ajouter.»

Par décision sur opposition du 22 janvier 2013, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée du 3 décembre 2012, complétée le 7 janvier 2013. Pour la CNA, seule restait litigieuse la question de savoir si la lésion de la hanche gauche ayant conduit à l'opération engageait sa responsabilité. La CNA s'est basée sur les constatations du Dr D. _____ du 31 octobre 2012, admettant que le lien de causalité entre l'accident et la lésion était tout au plus possible et que le statu quo sine était atteint à six mois après l'événement, précisant que le rapport de police ne permettait pas de douter de l'appréciation du médecin d'arrondissement.

B. Par acte du 22 février 2013, K. _____, représentée par son conseil, a recouru contre cette décision en concluant au maintien des

prestations au-delà du 11 novembre 2012, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier pour complément d'instruction, à charge pour la CNA de mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire avec un volet orthopédique, rhumatologique et neurologique pour le lien de causalité entre l'accident du 5 septembre 2011 et la lésion du labrum de la hanche gauche. En substance, elle fait valoir que le rapport du Dr D._____ sur lequel l'intimée s'est fondée pour mettre fin aux prestations ne conclut pas de façon péremptoire à l'absence de lien de causalité adéquate entre la lésion du labrum de la hanche gauche à l'origine de l'incapacité de travail et l'accident du 5 septembre 2011, que ce médecin ne disposait pas du rapport de police ni du questionnaire que la recourante avait rempli le 22 septembre 2011, qu'il n'a pas procédé à l'instruction des circonstances de l'accident et que dès lors son rapport n'a pas valeur probante. La recourante soutient également que le Dr D._____ estimant qu'il est non probable que le choc direct sur la hanche gauche ait décompensé une lésion labrale préexistante, le statu quo sine n'était pas atteint, de sorte que l'intimée restait tenue de prester.

Par décision du 18 mars 2013, le juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à la recourante, dans le sens de la désignation de Me Jaques en tant que mandataire d'office avec effet au 22 février 2013.

Le 6 juin 2013, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition du 22 janvier 2013. Elle fait valoir que le Dr D._____ a largement détaillé les raisons faisant qu'il convient d'admettre que la symptomatologie actuelle de la recourante n'est pas - plus - en lien de causalité naturelle avec l'accident de scooter de septembre 2011, en expliquant notamment que l'IRM n'avait mis en évidence que des altérations mineures d'origine dégénérative, permettant d'écarter d'autres altérations de la hanche gauche, en particulier une fracture, et que l'accident n'avait pas conduit à la lésion du labrum.

Par réplique du 3 juillet 2013, l'assurée explique qu'elle n'a pas repris le travail immédiatement après son accident, que les circonstances de l'accident étaient déterminantes pour évaluer le lien de

causalité, si bien que le Dr D._____ ne pouvait procéder à une analyse du dossier uniquement sur la base des pièces médicales. A titre de mesures d'instruction, elle requiert la production en mains de la R._____ de son horaire de travail pour la journée du 5 septembre 2011 et un décompte des heures effectuées ce jour-là, l'audition du Dr D._____ et la mise en œuvre d'une expertise orthopédique pour déterminer si, compte tenu des circonstances de l'accident et de ses plaintes, ledit accident est la cause adéquate de sa lésion du labrum.

Le 30 juillet 2013, la recourante a en outre sollicité l'audition de quatre témoins, savoir deux collègues, le responsable sécurité à la R._____, et de la première personne à s'être enquis de son état à la suite de l'accident.

C. Le dossier de la recourante auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'OAI) a été produit. Il comprend notamment les pièces suivantes :

- une demande de prestations AI pour adultes du 6 novembre 2013, avec les précisions quant au genre de l'atteinte « j'ai eu un tassement des vertèbres au bas du dos ; et ça m'a écrasé les disques. Je n'arrive plus à porter des lourdes charges », celle-ci existant depuis le 11 novembre 2002 ;

- un rapport d'examen du Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après : SMR) du 16 août 2004 qui retenait les diagnostics de syndrome lombo-vertébral gauche irritatif sur protrusion discale L5-S1 et de syndrome fémoro-patellaire bilatéral, avec une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle et de 100% dans une activité adaptée, avec les limitations fonctionnelles suivantes : « port de charges lourdes (plus de 10 kg), port réitéré de charges ; position statique ; marche dans les escaliers et en descente (prolongée) » ; le Dr N._____ du SMR a également relevé que la recourante, [...], présentait des troubles du rachis lombaire, des articulations fémoro-patellaires et une surcharge des articulations sacro-illiaques. Dans ces conditions, il estimait

que le travail effectué actuellement n'était pas idéal, une réadaptation dans un métier léger, semi-sédentaire, sans port de charges était indiqué au plan médical ;

- une communication de l'OAI à la recourante du 13 avril 2005 prenant acte du retrait de sa demande de prestations ;

- un formulaire de détection précoce du 26 juin 2011, avec la précision quant au motif de l'incapacité « mal de dos, début d'une hernie discale » ;

- un avis médical du SMR du 19 juillet 2011 du Dr B. _____ du SMR qui a relevé que la situation médicale semblait être la même qu'en 2003 et que pour pouvoir traiter la demande de reconversion de la recourante, il fallait qu'elle dépose une nouvelle demande ;

- une demande de prestations AI du 10 août 2011, faisant état, quant au genre de l'atteinte « mal de dos, hernie (tassement des vertèbres) », existant depuis novembre 2002 ;

- un avis médical du Dr V. _____ du SMR du 6 octobre 2011, selon lequel la capacité de travail de la recourante était de 100% dans son activité ou dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles suivantes : pas de port de charges supérieures à 13 kg, ni d'effort de soulèvement violent ;

- un projet de décision du 2 février 2012, confirmé le 14 février 2012, refusant à la recourante le droit à des mesures professionnelles, avec la motivation suivante :

« Depuis le 1^{er} septembre 1988, vous travaillez en qualité de collaboratrice au service de [...] de la R. _____. En raison d'un syndrome lombo-vertébral, vous avez présenté de courtes incapacités de travail (moins d'une année).

Une proposition de la part de votre employeur de participer à une mesure de soutien et d'orientation vous avez été suggérée, mais vous avez décliné l'offre en estimant que la mesure proposée n'était

pas adaptée à votre situation et en préférant reprendre votre activité professionnelle habituelle à 100% (reprise prévue le 13 février 2012).

Selon nos constatations, vous présentez une pleine capacité de travail dans votre activité professionnelle habituelle en respectant néanmoins certaines limitations fonctionnelles (pas de port de charges de plus 13 kg, ni d'effort violent en soulevant des charges).

Dès lors, nous estimons que vous êtes réadaptée professionnellement de manière appropriée, d'autres mesures de réadaptation ne sont pas nécessaires. »

- une nouvelle demande de prestations AI du 8 octobre 2012, dans laquelle la recourante a fait état de facetarthrose L4-L5 et L5-S1, discopathie L5-S1 et de déchirure labrale avec désinsertion quasi-complète au niveau de la hanche gauche, précisant que l'atteinte existait depuis le 5 septembre 2011 ;

- un avis médical du 11 février 2013 du Dr X._____ du SMR qui expliquait qu'il comprenait mal pourquoi la recourante ne pourrait pas exercer une activité sédentaire essentiellement assise à 100%, et qu'avant d'envisager un examen clinique, il convenait de poser la question au Dr Q._____ ;

- un courrier du Dr Q._____ au Dr X._____ du 26 février 2013, qui relevait que sa patiente était apte à travailler dans un poste adapté tel qu'un bureau ou un guichet, avec une alternance de positions assise, debout et marche, mais sans port de charges ;

- un rapport du SMR du 6 mars 2013 du Dr X._____, qui retenait en substance une capacité de travail de 50% comme [...] et de 100% dans une activité adaptée depuis février 2013 avec les limitations fonctionnelles suivantes : l'absence de port de charges de plus de 5 kg, de porte-à-faux et de longues marches, mais une alternance de positions.

A la suite de la production du dossier AI, les parties ont été invitées à déposer leurs éventuelles déterminations le concernant.

Le 17 mars 2014, la recourante a relevé que l'OAI n'avait pas mené de mesures d'instruction sur la lésion du labrum.

Quant au conseil de l'intimée, il a indiqué le 4 avril 2014 n'avoir pas d'observations particulières à faire valoir au sujet du dossier AI de la recourante, exposant à nouveau qu'il n'existait pas d'argument médical susceptible de remettre en question les conclusions du Dr D._____.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, formé le 25 février 2013 contre la décision sur opposition du 22 janvier 2013, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus, il répond aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment) et est dès lors 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 donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 11 novembre 2012 en ce qui concerne l'accident du 5 septembre 2011.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA).

L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 11 novembre 2012, des prestations suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 98 consid. 3d, 123 V 137 consid. 3c, 122 V 415 consid. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé.

La causalité est naturelle lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009 consid. 3).

La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

b) D'après l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1) ; les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances (ci-après : TFA) a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.3, U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3 ; RAMA 1992 U 142 p. 75).

On rappellera que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à

établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; 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 d'un rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

On rappellera également que dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2).

4. a) Se référant notamment aux constatations de son médecin-conseil, l'intimée retient que le lien de causalité entre l'accident du 5

septembre 2011 et la lésion du labrum de la hanche gauche est tout au plus possible. Quant à la recourante, elle fait en substance valoir que le rapport du Dr D. _____ n'est pas probant, dans la mesure notamment où il ne pouvait procéder à une analyse du dossier sur la base des seules pièces médicales, sans disposer du rapport de police établi à la suite de l'accident de septembre 2011 ni du questionnaire qu'elle a complété le 22 septembre 2011.

Il n'est pas contesté par les parties, à juste titre, que les troubles présentés par la recourante au niveau du dos au-delà du 11 novembre 2012 n'engagent pas la responsabilité de l'intimée. La recourante a du reste indiqué au Dr D. _____ à l'occasion de l'examen du 31 octobre 2012 que sa situation au niveau du dos était redevenue « comme avant l'accident ». Est par contre litigieuse la question de savoir si la lésion du labrum de la hanche gauche est en lien de causalité avec l'événement du 5 septembre 2011.

b) En l'espèce, l'intimée s'est basée, avec raison, sur l'appréciation du Dr D. _____ pour retenir que la symptomatologie actuelle de la recourante n'était pas en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2011. En effet, dans son rapport d'examen du 31 octobre 2012, le Dr D. _____ a expliqué qu'il était généralement reconnu qu'une lésion traumatique du labrum de la hanche ne pouvait survenir, chez un sujet d'âge moyen, que lors d'un traumatisme à très haute énergie avec contrainte excessive de la hanche (mouvements extrêmes de la hanche). Or, l'accident du 5 septembre 2011 ne présentait pas ces caractéristiques puisqu'il s'agissait d'une chute avec un choc direct sur la hanche gauche, tel que la recourante le lui avait indiqué (cf. rapport du 31 octobre 2012, p. 7). Il estimait en outre qu'il était possible, mais non probable, que le choc direct sur la hanche gauche ait décompensé une lésion labrale préexistante et que, dans tous les cas, le statu quo sine était atteint à six mois. Le Dr D. _____ a étudié les pièces du dossier, établi une anamnèse, pris note des plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, les conclusions du rapport sont dûment motivées et

exemptes de contradictions. En outre, aucun autre élément médical au dossier ne permet de douter de son appréciation.

Quant au fait que le Dr D. _____ n'aurait pas eu à disposition le rapport de police, respectivement le questionnaire que la recourante a complété le 22 septembre 2011, il y a lieu de relever que le Dr D. _____ a consigné dans son rapport du 31 octobre 2012 les déclarations de la recourante relatives à l'événement du 5 septembre 2011. Il a ainsi noté que, selon le souvenir de la patiente, au niveau de la hanche gauche, il s'est bien agi d'un choc direct, sans mouvement particulier de la hanche gauche. Les déclarations de la recourante au Dr D. _____ sont concordantes avec celles faites sur place le jour même de l'accident à la police, selon lesquelles elle était tombée sur le sol, avait pu se relever toute seule mais souffrait du dos. Il ne ressort pas d'autres éléments qui auraient été méconnus du Dr D. _____ du questionnaire complété le 22 septembre 2011 par la recourante, selon lequel elle et son scooter sont tombés sur la chaussée lorsqu'une voiture lui a coupé la priorité et est entrée en collision avec sa remorque. Ainsi, il y a lieu de considérer que le rapport du 31 octobre 2012 du Dr D. _____ revêt une pleine valeur probante.

Au vu de ces éléments, il n'y a pas lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion du labrum subie par la recourante soit en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré du 5 septembre 2011. Partant, l'intimée a nié à bon droit son obligation de verser ses prestations au-delà du 11 novembre 2012.

c) La cause étant suffisamment instruite pour permettre de trancher le litige, il n'y a pas lieu de procéder à d'autres mesures d'instruction. En effet, si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (ATF 122 II 464 consid. 4a ;

TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et les références citées, 9C_440/2008 du 5 août 2008). En l'occurrence, le point de savoir si la recourante est ou non retournée travailler après son accident le 5 septembre 2011 n'est pas déterminant pour l'issue du litige, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'ordonner la production de son horaire de travail, ni de son décompte des heures effectuées le jour de l'accident. En outre, le Dr D._____ a exposé de façon claire et détaillée son point de vue, la mise en œuvre d'une expertise n'apparaissant dès lors pas nécessaire pour trancher le litige. Enfin, les témoins, qui n'ont au demeurant pas assisté à l'accident, ne pourront pas apporter d'autres éléments, s'agissant d'une question de nature essentiellement médicale.

5. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Par ailleurs, la recourante ne peut prétendre de dépens à la charge de l'intimée. En revanche, il convient d'allouer une indemnité à Me Jaques pour l'accomplissement de son mandat d'office du 22 février 2013 jusqu'au terme de la présente procédure. Me Jaques a produit une liste de ses opérations, laquelle a été contrôlée et arrêtée à 2'702 fr. 15 (dont 90 fr. de débours et 200 fr. 15 de TVA à 8%) au titre de l'assistance judiciaire.

La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD).

**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 22 janvier 2013 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.
- IV. Une indemnité d'office de 2'702 fr. 15 (deux mille sept cent deux francs et quinze centimes) (débours et TVA compris) est allouée à Me Isabelle Jaques.
- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Isabelle Jaques (pour K. _____),
- Me Didier Elsig (pour Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents),
- 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 :