

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 novembre 2016

Composition : Mme DESSAUX, présidente
M. Bidiville et Mme Dormond Béguelin, assesseurs
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

Q._____, à Lausanne, recourante,

et

VAUDOISE GENERALE, Compagnie d'Assurances SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1, 10 et 16 LAA

E n f a i t :

A. Ressortissante helvétique d'origine espagnole, Q._____, née en 1960, est mariée et mère d'un enfant aujourd'hui majeur issu d'un premier mariage. A compter du 1^{er} juin 1999, elle a travaillé à plein temps en tant qu'auxiliaire de santé au service de la Fondation J._____ à Lausanne. A ce titre, elle est assurée à titre obligatoire par l'intermédiaire de son employeur à la Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA (ci-après : la Vaudoise ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles selon la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20).

L'assurée a été victime d'un accident en date du 17 octobre 2012 : ayant glissé en sortant de sa baignoire, elle est tombée sur l'épaule droite, ce qui a entraîné une lésion du tendon sus-épineux.

Le 18 octobre 2012, l'employeur de l'assurée a annoncé le cas à la Vaudoise qui a versé les indemnités journalières correspondantes et pris en charge les frais du traitement médical.

Dans un rapport médical du 29 octobre 2012, le Dr W._____, médecin assistant à la Permanence S._____, a attesté une incapacité totale de travail dès le 18 octobre 2012. L'assurée a repris le travail à mi-temps dès le 12 novembre 2012 puis à 100% dès le 1^{er} janvier 2013. L'assuré a bénéficié d'un nouvel arrêt de travail à 100% à compter du 3 mai 2013, compte tenu de la symptomatologie douloureuse développée ensuite de la reprise du travail.

Au vu des douleurs présentées par l'assurée à l'épaule droite dans le cadre de son activité professionnelle et du peu d'évolution constatée sous physiothérapie de la lésion de la coiffe des rotateurs, le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a préconisé dans un rapport du 3 juin 2013 une

« réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs avec ténodèse du long chef du biceps ».

Le 14 août 2013, l'assurée a bénéficié d'une arthroscopie de l'épaule droite pratiquée par le Dr P._____, lequel s'est par la suite chargé du suivi de l'intéressée.

Dans un rapport du 12 novembre 2013 à l'intention du médecin-conseil de la Vaudoise, le Dr P._____ a posé les diagnostics de réparation arthroscopique du tendon sus-épineux et ténodèse du long chef du biceps de l'épaule droite le 14 août 2013 ainsi que celui de capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule droite. Il ne s'est pas prononcé sur une éventuelle reprise du travail.

Ensuite d'une IRM de l'épaule droite pratiquée en date du 23 janvier 2014, le Dr P._____ a confirmé, dans un rapport du 24 janvier 2014, les diagnostics précédemment posés. Il a relevé que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse inflammatoire liée à la capsulite rétractile post-opératoire, la coiffe des rotateurs étant « compétente ». Il a attesté une incapacité complète de travail.

Le 2 mai 2014, l'assurée a repris l'exercice de son travail à titre thérapeutique au taux de 30%, soit trois demi-journées par semaine. Le taux d'activité est passé à 40% dès le 1^{er} juillet 2014, puis à 50% à compter du 15 septembre suivant.

Dans un rapport du 6 janvier 2015 adressé au Dr G._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, le Dr P._____ a relevé que l'assurée n'avait pas répondu à des multiples séances de physiothérapie, si bien qu'il se proposait de solliciter la Vaudoise pour une prise en charge d'un traitement d'ostéopathie. Il a maintenu la capacité de travail à 50%.

Le 30 janvier 2015, le Dr P._____ a pris acte du refus de la Vaudoise d'assumer le coût de séances d'ostéopathie. Il a dès lors proposé

à sa patiente de cesser son ancienne activité au vu des douleurs persistantes qu'elle présentait et de suivre une formation dans une activité de bureau. La capacité de travail était maintenue à 50%.

Dans un rapport du 8 juillet 2015 établi à l'intention du médecin-conseil de la Vaudoise, le Dr G. _____ a fait état d'une absence d'évolution sous ostéopathie ainsi que par le moyen de l'acupuncture.

Dans un rapport du 24 juillet 2015 au médecin-conseil de la Vaudoise, le Dr P. _____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans sa profession d'auxiliaire de santé était de 40% dès le 1^{er} juillet 2014 alors qu'elle était entière dans une activité adaptée à compter de cette même date. Dès le 1^{er} février 2015, dite capacité était de 50% dans la profession d'auxiliaire de santé. Elle était en revanche nulle dans une activité adaptée en raison d'une baisse de l'état général associé à une dépression ayant motivé une hospitalisation en milieu psychiatrique au mois de février 2015. Selon le Dr P. _____, l'évolution était défavorable tant du point de vue général que s'agissant de l'épaule droite, dès lors qu'il constatait la persistance d'un déficit fonctionnel de même que des douleurs de la ceinture scapulaire droite.

Le 23 octobre 2015, le Dr P. _____ a rédigé un nouveau rapport médical dans lequel il préconisait la poursuite du traitement de physiothérapie dans un but antalgique ainsi qu'en vue d'obtenir un reconconditionnement à l'effort.

Le 26 novembre 2015, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de la Vaudoise, a écrit au Dr P. _____ une lettre à la teneur suivante :

« Je vous remercie pour vos divers rapports qui me confortent dans mon appréciation de l'évolution favorable après votre intervention arthroscopique sur l'épaule droite qui remonte tout de même à août 2013.

Il est donc bien évident que ce ne sont plus les séquelles actuelles (douleurs, manque de force) qui peuvent justifier une incapacité de travail. L'assurance-accidents est informée d'une hospitalisation à

partir du 27 février 2015, dans un contexte de sérieuse maladie psychique.

En complément à mon courrier du 10 juillet 2014, je propose à l'assurance-accidents de prendre en charge une incapacité de travail jusqu'au 26 février 2015. A partir de cette date, l'incapacité de Mme Q._____ relève de la maladie.

Par ailleurs, depuis son accident du 17 octobre 2012, 70 séances de physiothérapie ont été prescrites jusqu'à l'été 2014, suivies ensuite de séance d'ostéopathie.

La Vaudoise Assurances reçoit une nouvelle prescription pour 9 séances de physiothérapie, datée du 9 novembre 2015, sans autre précision relative au motif (« maladie/accident ») ou à la région à traiter.

Vous comprendrez que dans ces conditions, je conseille à l'assurance-accidents de ne pas intervenir pour de nouvelles séances de physiothérapie.

[Salutations] »

B. En date du 17 juin 2013, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique : alors qu'elle était en train de ralentir dans une file de véhicules pour les besoins du trafic, le conducteur d'une voiture a été distrait par un accident survenu quelques instants auparavant ; momentanément inattentif, il a provoqué une collision avec le véhicule qui le précédait, lui-même à l'arrêt, lequel, sous l'effet du choc, a percuté par l'arrière l'automobile de l'assurée.

Le 19 juin 2013, l'assurée a été examinée par le Dr K._____, médecin auprès du Centre médical R._____. Dans son rapport du même jour à l'intention de la Vaudoise, il a posé le diagnostic provisoire de douleurs de la nuque et troubles ostéo-musculaires de degré II selon la Quebec Task Force. Il a mentionné l'apparition de céphalées après une quinzaine d'heures tandis que des douleurs à la nuque sont apparues après trente heures.

Le même jour, le Dr C._____, spécialiste en radiologie, a pratiqué une radiographie de la colonne cervicale de face et de profil, concluant à l'absence de lésion traumatique appréciable du rachis cervical.

Le 24 juin 2013, l'employeur de l'assurée a annoncé le cas à la Vaudoise.

Dans un rapport du 5 juillet 2013 faisant suite à une consultation ayant eu lieu la veille, le Dr N._____, spécialiste en neurologie, a retenu l'existence d'un syndrome cervico-vertébral important, mais sans atteinte radiculaire déficitaire, ni signes de souffrance médullaire.

Le Dr N._____ a examiné une nouvelle fois l'assurée en date du 12 août 2013. Dans son rapport daté du lendemain, il a indiqué qu'il n'y avait pas de modifications significatives du status neurologique par rapport à celui du 4 juillet précédent et qu'il n'y avait aucun argument en faveur d'une souffrance d'enclavement notamment pour le tronc médian au passage du poignet gauche. Il attribuait la symptomatologie présentée alors par l'assurée à une irritation cervicale de topographie C6-C7 gauche, non déficitaire.

Une IRM cervicale a été pratiquée en date du 9 janvier 2014. Dans son compte-rendu daté du même jour, la Dresse B._____, spécialiste en radiologie, n'a pas mis en évidence de lésion traumatique disco-ligamentaire ni aucune instabilité. Elle a en revanche constaté une légère uncarthrose de C3 à C5 des deux côtés entraînant un léger rétrécissement foraminal C3-C4 droit. Elle a en outre observé des discopathies pluriétagées ainsi qu'une petite protrusion discale C4-C5 postéro-médiane sans évidence de conflit radiculaire.

En réponse à la question du médecin-conseil de la Vaudoise, le Dr F._____, spécialiste en neurologie, a indiqué le 27 février 2014 avoir été consulté par l'assurée pour la première fois en date du 26 février 2013 en raison d'un problème de probable migraine vestibulaire. Selon le Dr F._____, l'évolution de la migraine sans aura ainsi que celle d'une possible migraine vestibulaire intermittente était favorable. Il a précisé que les plaintes subjectives et les constatations objectives montraient souvent un écart. En raison du nombre de praticiens autrement consultés

par sa patiente, le Dr F. _____ a mis un terme à sa prise en charge le 28 janvier 2014.

Le Dr V. _____, spécialiste en radiologie, a effectué une IRM cérébrale en date du 30 juin 2015. Dans un rapport du même jour, il a conclu à l'absence de processus expansif intra-crânien notamment dans la fosse postérieure. Il n'a pas non plus mis en évidence de malformation de la charnière crânio-cervicale. Il a en revanche observé une discrète leucoaraïose.

Le 13 juillet 2015, le Dr N. _____ a adressé au médecin-conseil de la Vaudoise une lettre à la teneur suivante :

« J'ai revu à une seule reprise en date du 25 juin 2015 la patiente prénommée que j'avais vue de façon antécédente les 4 juillet et 12 août 2013.

Elle m'a signalé avoir été opérée le 14 août 2013 de son épaule droite, ce qui fut suivi semble-t-il d'une capsulite. Elle a ensuite été prise en charge par le Dr G. _____ qui l'a envoyée chez un ostéopathe qui lui aurait « touché la nuque ». Dès lors elle s'est plainte de nausées et de vertiges.

Elle m'a encore signalé avoir fait [un] séjour en milieu psychiatrique à T. _____ entre février et avril 2015. Elle est en arrêt de travail pour des raisons psychiatriques.

Je n'ai pas réussi à savoir quels médicaments elle prenait actuellement.

La raison de la consultation du 25 juin dernier était l'apparition de vertiges du sujet avec des nausées, associés à des céphalées de caractère tensionnel et des troubles de la mémoire.

L'examen neurologique montrait un syndrome cervico-vertébral modéré avec une distance menton/sternum de 2/12 cm, alors qu'elle était antécédemment à 5/10 cm. Il y avait toujours une discrète contracture paracervicale. Je notais par ailleurs une poursuite oculaire discrètement saccadée de façon multidirectionnelle. Il n'y avait pas d'autres anomalies au niveau des paires crâniennes. Les réflexes tendineux étaient tous normovifs de façon symétrique avec des plantaires en flexion. Je n'avais pas d'altération des qualités sensibles superficielles ou profondes. Le reste de l'examen clinique était sans problèmes. De façon intermittente elle présentait des éructations ...

Compte tenu de la notion de manipulations au niveau cervical, je lui ai prescrit une IRM cervicale dont le rapport est joint montrant de discrets troubles dégénératifs étagés de C3 à C5, avec un discret

rétrécissement foraminaux C3-C4 à droite. Il y avait également une discrète protrusion C4-C5 postéro-médiane mais sans conflit disco-radulaire. Il n'y avait pas de canal cervical rétréci. J'avais également demandé une IRM cérébrale qui est revenue parfaitement normale.

Je ne l'ai pas revue et ne lui ai pas délivré d'incapacité de travail puisqu'elle était déjà en arrêt de travail pour raisons psychiatriques.

Je n'ai pas d'autres informations à fournir.

[Salutations] »

Dans une prise de position du 26 novembre 2015, le Dr X. _____ a exposé ce qui suit :

« En ma qualité de médecin-conseil de la Vaudoise Assurances, j'ai pris connaissance de l'ensemble du dossier médical de Mme Q. _____. Cette dernière a subi une distorsion cervicale en date du 17 juin 2013 lors d'un accident de voiture. Un rapport du Dr N. _____ du 13 juillet 2015 évoque l'apparition récente de vertiges avec nausées, associés à des céphalées de caractère tensionnel et des troubles de la mémoire, alors que depuis le printemps 2014, l'assurance-accidents n'a plus eu à intervenir pour quelque prestation que ce soit.

L'examen IRM du 9 janvier 2014 démontre l'existence de troubles dégénératifs sur 3 segments cervicaux sans lésions post-traumatiques démontrées. Donc, à 6 mois de la distorsion cervicale, les troubles dégénératifs peuvent parfaitement expliquer les cervicalgies et les autres troubles, qui ne sont donc plus en rapport de causalité avec la distorsion cervicale de juin 2013. »

C. Par décision du 26 novembre 2015, la Vaudoise a mis un terme à ses prestations. Sur la base de l'avis de son médecin-conseil, elle a considéré, s'agissant de l'épaule droite, que l'évolution était favorable après l'intervention arthroscopique du mois d'août 2013. Estimant par ailleurs que la poursuite de l'incapacité de travail au-delà du 26 février 2015 était imputable à des troubles maladifs indépendants de l'événement du 17 octobre 2012, elle a mis un terme au versement des indemnités journalières à cette date. Elle s'est également fondée sur l'appréciation de son médecin-conseil pour refuser la prise en charge de nouvelles séances de physiothérapie, la dernière note d'honoraires réglée datant du 11 novembre 2015. La prise en charge du coût de séances ultérieures incombait désormais, le cas échéant, à l'assurance-maladie.

L'assurée s'est opposée à cette décision par déclaration faite dans les locaux de la Vaudoise en date du 4 décembre 2015, faisant valoir que cette dernière fondait sa décision sur le seul avis de son médecin-conseil qui ne l'avait au demeurant pas examinée. Elle faisait en outre état de douleurs persistantes à l'épaule droite. Elle a joint un bref rapport médical du Dr P. _____ du 1^{er} décembre 2015 explicitant son point de vue. Il y faisait notamment état d'une récupération fonctionnelle complète de l'épaule droite.

Le 9 décembre 2015, le Dr P. _____ a écrit au médecin-conseil de la Vaudoise une lettre libellée comme suit :

« Même si l'évolution est marquée par une récupération progressive de la fonction et une baisse des douleurs sous physiothérapie sur ces derniers mois, Madame Q. _____ garde des séquelles de son accident sous forme de douleurs de cette épaule droite à la mobilisation et à l'effort, ainsi qu'une baisse de force. Les séances de physiothérapie arrivant à stabiliser la symptomatologie douloureuse, auriez-vous l'amabilité de reconsidérer votre décision quant à la prise en charge de la physiothérapie ?

Pour ce qui est de son aptitude au travail, Madame Q. _____ reste en incapacité à effectuer une activité avec effort, et avec mobilisation répétée de l'épaule droite au-dessus du buste. Au vu du délai d'évolution, ces limitations sont considérées comme définitives.

[Salutations] »

Dans une lettre du 28 avril 2016 au Dr P. _____, le médecin-conseil de la Vaudoise s'est exprimé en ces termes :

« Je vous remercie pour votre rapport du 9 décembre 2015 qui malheureusement ne m'est soumis qu'aujourd'hui.

La Vaudoise Assurances maintient sa décision de ne pas prendre en charge de nouvelles séances de physiothérapie.

La physiothérapie ne peut être admise que tant que l'on peut attendre de sa continuation une sensible amélioration de l'état de santé, et non pas si elle vise uniquement à stabiliser une symptomatologie douloureuse.

Je vous rappelle d'autre part le nombre considérable de séances de physiothérapie et d'ostéopathie déjà réalisées. Il est raisonnable d'attendre après tant de séances une poursuite de la mobilisation par la patiente elle-même. »

Dans sa décision sur opposition du 17 juin 2016, la Vaudoise a relevé que, s'agissant des troubles présentés par l'assurée ensuite de l'événement du 17 juin 2013, l'analyse technique de cet accident avait établi une accélération de son véhicule comprise entre 3 et 8,2 km/h, soit un traumatisme à basse énergie n'ayant entraîné ni fracture ni luxation de vertèbres et n'ayant laissé aucune anomalie neurologique. Les examens effectués n'avaient en outre pas mis en évidence de lésion traumatique mais uniquement des atteintes dégénératives affectant trois segments de la colonne cervicale. Ayant rappelé que dans les cas de troubles rachidiens survenus après un accident sans que celui-ci n'ait entraîné des fractures ou luxations de la colonne vertébrale, le status quo sine pouvait être atteint au maximum douze mois après l'accident, la Vaudoise estimait que plus aucune prestation n'était due en relation avec cette atteinte à la santé depuis au minimum deux ans, soit depuis le mois de juin 2014. En ce qui concerne les troubles à l'épaule droite consécutifs à l'accident du 17 octobre 2012, la Vaudoise s'est référée à la prise de position de son médecin-conseil du 26 novembre 2015, selon lequel le terme de l'incapacité de travail devait être fixé au 26 février 2015 en raison de l'absence d'amélioration des douleurs malgré les traitements administrés sous la forme de physiothérapie d'entretien, d'acupuncture et de médicaments antalgiques. La Vaudoise a en conséquence rejeté l'opposition formée par l'assurée et maintenu sa décision du 26 novembre 2015.

Le Dr N. _____ a examiné une nouvelle fois l'assurée en date du 23 juin 2016. Dans un rapport du même jour, il a fait état de cervicalgies à prédominance gauche apparues environ six mois auparavant et associées à des nausées avec des douleurs irradiant vers la partie postérieure du crâne et pouvant être tantôt constrictives, tantôt pulsatiles. Il a précisé que ces symptômes douloureux étaient présents dès le réveil, s'atténuaient au cours de la matinée pour se réexacerber en fin de journée, l'obligeant à s'allonger. Ils étaient toutefois rarement insomniants. L'assurée présentait en outre de façon très occasionnelle

quelques fourmillements de la main gauche mais sans déficit de la force ou de la sensibilité.

D. En date du 21 octobre 2013, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (ci-après : l'office AI). Elle a invoqué comme atteintes à la santé divers troubles consécutifs aux accidents du 17 octobre 2012 et du 17 juin 2013.

Procédant à l'instruction du cas, l'office AI a recueilli divers renseignements, notamment sur le plan médical.

Dans un rapport du 4 décembre 2013 sur formule ad hoc, le Dr F._____ a posé les diagnostics incapacitants de status post opération de l'épaule droite et de status post accident avec mécanisme d'accélération-décélération le 17 juin 2013. Il a notamment relevé qu'à sa consultation du 26 février 2013, l'assurée lui avait dit souffrir « depuis de multiples années de crises de migraine à peu près deux fois par mois, sans autres symptômes accompagnateurs. Il y a déjà quelques années, elle a eu une fois un épisode de maux de tête et de vertiges. » Même s'il n'a pas attesté d'incapacité de travail, le Dr F._____ était d'avis que les céphalées et vertiges liés à l'accident de circulation pouvaient entraver la capacité de travail. Il estimait cependant que les séquelles de la distorsion cervicale consécutive à un accident de la circulation devaient en principe progressivement disparaître au fil du temps.

A la demande de l'office AI, le Dr H._____, spécialiste en médecine interne générale, a indiqué avoir été consulté par l'assurée pour la dernière fois en date du 6 décembre 2013 pour une capsulite rétractile de l'épaule droite ainsi qu'une migraine vestibulaire. Il a déclaré ne pas avoir prescrit d'incapacité de travail.

En réponse aux questions de l'office AI destinées à compléter son rapport médical antérieur, le Dr L._____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation ainsi qu'en rhumatologie, a indiqué le 8 avril

2014 que les douleurs à l'épaule droite persistaient pour tous les mouvements et qu'il n'y avait pas d'amélioration de la mobilité. La capacité de travail était nulle dans toute activité depuis le 3 mai 2013.

Dans un rapport du 2 juillet 2015 à l'intention de l'office AI, le Dr P. _____ a posé les diagnostics affectant la capacité de travail de réparation arthroscopique d'une lésion du tendon sus-épineux de l'épaule droite avec ténodèse du long chef du biceps le 14 août 2013, capsulite rétractile post-opératoire de l'épaule droite, état dépressif traité depuis février 2015 ainsi que des céphalées. Il a indiqué que la capacité de travail de l'assurée dans son activité habituelle était théoriquement de 50% depuis le 15 septembre 2014, précisant qu'elle était en incapacité de travail complète depuis le mois de février 2015 pour des motifs psychiatriques. Une activité adaptée ne devait pas comporter le port de charges supérieures à 5 kg, ni nécessiter une mobilisation répétée de l'épaule droite au-dessus du buste. Selon le Dr P. _____, l'évolution au niveau de l'épaule droite était stagnante sous physiothérapie et ostéopathie supervisée par le Dr G. _____ et il persistait des douleurs de la ceinture scapulaire droite et un déficit fonctionnel de l'épaule droite.

Le 30 juillet 2015, la Dresse O. _____, psychiatre traitant, a complété un rapport médical sur formulaire ad hoc. Ayant précisé se charger du suivi de l'assurée depuis le 27 avril précédent, elle a posé le diagnostic incapacitant d'épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques (F 32.2), existant depuis le mois de décembre 2014. Elle a relevé que l'assurée avait rapporté avoir eu plusieurs épisodes dépressifs de moyenne gravité dans sa vie. Sur le plan du constat médical, l'intéressée présentait une thymie triste, un ralentissement psychomoteur, un manque d'entrain et d'élan vital, des troubles du sommeil avec des réveils fréquents, une fatigue, une anxiété, des sentiments d'inutilité et de rejet, des idées noires, des difficultés de concentration et de l'attention avec des oublis fréquents. La Dresse O. _____ a retenu une incapacité de travail totale dans l'activité d'aide-soignante tout en faisant état d'un pronostic indéterminé s'agissant d'une activité adaptée.

Se prononçant sur les éléments médicaux recueillis dans un avis médical du 20 août 2015, le Dr A._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin auprès du Service médical régional de l'AI (ci-après : le SMR), a écrit ce qui suit en guise de conclusion :

« On le voit, l'évolution de la santé de l'assurée depuis la chute en octobre 2012 n'est pas favorable, puisqu'elle présente une impotence fonctionnelle de l'épaule droite qui, cumulée à sa petite taille, ne permet plus l'exercice de son activité habituelle, et que les mesures de réadaptation ont échoué en raison du développement d'un F 32.2, dont l'évolution à 6 mois n'est pas propice. Vu l'échec des mesures AI, effectuées dans un cadre de reprise thérapeutique à faible pourcent, nous avons admis l'incapacité de travail totale en toute activité adaptée dès le 2 mai 2013. »

Par décision du 18 décembre 2015, l'office AI a ainsi octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} mai 2014, basée sur un degré d'invalidité de 100%. Il précisait toutefois qu'ayant bénéficié d'indemnités journalières AI durant les mesures de réadaptation du 1^{er} juillet 2014 au 31 janvier 2015, l'assurée verrait sa prestation réduite ou supprimée durant cette période.

E. Par acte du 26 juin 2016, Q._____ a déféré la décision sur opposition rendue le 17 juin 2016 par la Vaudoise devant la Cour de céans. Se prévalant de l'avis du Dr P._____, elle demande la poursuite de la prise en charge de séances de physiothérapie pour la réduction de son épaule droite ainsi que celle de médicaments anti-inflammatoires. En ce qui concerne l'accident de voiture du 17 juin 2013, la recourante déplore que la Vaudoise refuse d'assumer la prise en charge des séquelles qu'elle présente. Elle sollicite par conséquent le réexamen de son cas et requiert que la faculté lui soit offerte de pouvoir s'exprimer oralement à propos de sa situation.

Dans sa réponse du 1^{er} juillet 2016, la Vaudoise s'est pour l'essentiel contentée de renvoyer à la décision querellée faute d'éléments nouveaux avancés par la recourante. S'agissant du rapport de consultation du 23 juin 2016 du Dr N._____, elle a relevé qu'il était désormais question de cervicalgies à prédominance gauche apparues à la fin de l'année 2015, ce qui excluait selon l'intimée tout rapport avec

l'événement du 17 juin 2013, étant donné le délai de latence de deux et demi environ. L'intimée a en conséquence conclu au rejet du recours. Elle a produit le dossier intégral de l'assurée constitué par ses soins ainsi que celui de l'office AI.

En réplique du 24 juillet 2016, la recourante réitère les arguments contenus dans sa première écriture. Elle se plaint par ailleurs que le médecin-conseil de la Vaudoise ait pris sa décision sans l'avoir examinée. En outre, elle fait état de douleurs à son épaule droite apparues des suites de l'opération du 14 août 2013. La recourante produit à l'appui de ses allégations un bref certificat médical du Dr P. _____ du 26 juillet 2016, dans lequel il indiquait qu'en dépit d'une récupération fonctionnelle permettant à l'assurée d'effectuer ses tâches quotidiennes, il persistait des douleurs à l'épaule droite, d'intensité fluctuante, se manifestant surtout après les efforts. Il était dès lors important qu'elle puisse poursuivre la physiothérapie, non seulement pour diminuer la douleur, mais également pour reconditionner son épaule à effectuer des efforts. Enfin, la recourante attribue à l'accident de voiture du 17 juin 2013 les maux de tête et les cervicalgies qu'elle présente et déplore que l'intimée lui refuse toute prestation en lien avec ces troubles. Elle réitère par conséquent sa conclusion tendant à ce que son dossier soit réétudié et à ce qu'elle soit convoquée aux fins de fournir davantage de renseignements sur son cas au tribunal.

Dupliquant en date du 11 août 2016, l'intimée rappelle que, dans son rapport du 9 décembre 2015, le Dr P. _____ indiquait que les limitations fonctionnelles de l'épaule droite devaient être considérées comme définitives et que dans son rapport du 9 mai 2016, il parlait de simple physiothérapie d'entretien. Même si dans son certificat médical du 26 juillet 2016, il écrivait que la physiothérapie aurait pour utilité non seulement de diminuer la douleur mais également de reconditionner l'épaule à effectuer des efforts, l'intimée était d'avis qu'une sensible amélioration de la fonction de cette épaule n'était plus à considérer comme certaine ou au moins probable. Il ne lui incombait dès lors plus d'assumer le coût des séances de physiothérapie de même que celui des

médicaments anti-inflammatoires. L'intimée souligne par ailleurs que les cervicalgies évoquées par le Dr N._____ dans son rapport du 23 juin 2016 ne sauraient être imputables à l'accident du 17 juin 2013, dès lors qu'elles ne sont apparues qu'à la fin de l'année 2015, soit deux ans et demi après un choc arrière de minime intensité. Se référant pour le surplus aux considérations contenues dans la décision attaquée, elle conclut derechef au rejet du recours.

Une copie de cette écriture a été transmise pour information à la recourante, qui n'a pas procédé plus avant.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA).

Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD et art.

83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. Le litige porte sur le point de savoir si la Vaudoise était fondée, par sa décision sur opposition du 17 juin 2016, à supprimer le droit de la recourante au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement médical) en lien avec les accidents du 17 octobre 2012 et 17 juin 2013.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGA, 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA).

Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGA toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut

raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 2 et les références).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références).

L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par 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 soient bien motivées (cf. ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, la jurisprudence a posé quelques principes relatifs à la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Le Tribunal fédéral a notamment précisé que la valeur probante d'un rapport

d'examen établi par un Service médical régional de l'assurance-invalidité ou par un médecin d'arrondissement de la CNA était en principe comparable à celle d'une expertise réalisée par un spécialiste externe à l'assurance-invalidité, étant toutefois précisé qu'en cas de divergence avec les autres avis médicaux probants figurant au dossier, une expertise externe devait être mise en œuvre conformément à l'art. 44 LPGA (cf. ATF 137 V 210 consid. 1.2.1 in fine, avec les références, ainsi que l'ATF 135 V 465 consid. 4.4). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes, mêmes faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; TF 8C_482/2014 du 6 mai 2015 consid. 6.2).

Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7). L'ATF 137 V 210 n'a pas modifié cette manière de voir (TF 8C_128/2014 du 2 décembre 2014 consid. 4.5).

Quant aux rapports émanant des médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TFA U 233/02 du 14 juin 2004 consid. 3.1).

4. S'agissant de l'accident du 17 octobre 2012, la recourante ne conteste pas explicitement la cessation du versement des indemnités journalières. Quoi qu'il en soit, il convient d'observer qu'il n'existe plus d'incapacité de travail (au sens de l'art. 6 LPGA) des suites de cet

accident, le Dr P._____ attestant d'une capacité de travail de 100% dans une activité adaptée déjà le 1^{er} juillet 2014 (cf. rapport du 24 juillet 2015), soit bien avant le terme fixé par l'intimée, en l'occurrence au 26 février 2015. L'incapacité est à nouveau nulle dès le 1^{er} février 2015, mais en raison cette fois de l'épisode dépressif sévère. L'atteinte psychique est cependant sans lien de causalité adéquate avec l'accident du 17 octobre 2012, celui-ci étant de peu de gravité (cf. consid. 5c infra). Depuis le 1^{er} juillet 2014, il n'y a donc plus de droit à des indemnités journalières sur la base du premier accident.

5. En relation avec l'accident du 17 juin 2013, la recourante allègue la persistance de maux de tête et de cervicalgies et conteste le refus de prester de l'intimée, sans autre précision. Il convient en premier lieu d'examiner si l'intimée est tenue de verser des indemnités journalières à la recourante en lien avec l'accident du 17 juin 2013.

a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie.

Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou

d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références).

En l'espèce, la radiographie pratiquée le jour de l'accident conclut à l'absence de lésion traumatique appréciable du rachis cervical et si le neurologue N._____ a retenu un syndrome cervico-vertébral important, l'IRM cervicale du 9 janvier 2014 n'a pas mis en évidence de lésion traumatique disco-ligamentaire, ni aucune instabilité. Quant aux atteintes cervicales révélées par cette IRM, elles sont d'origine dégénérative, donc sans lien de causalité avec l'accident. Enfin, l'IRM cérébrale du 30 juin 2015 a été qualifiée de normale.

Il n'existe donc pas de lésion traumatique ou neurologique au niveau cervical résultant de l'accident de circulation

b) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109; 117 V 359).

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et les références). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit

dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

En l'occurrence, dans son rapport du 19 juin 2013, le Dr K._____ atteste de la survenance de céphalées et de douleurs à la nuque, quinze heures, respectivement trente heures, après l'accident. Il a par ailleurs posé le diagnostic, certes qualifié de provisoire mais non remis en question ultérieurement, de douleurs de la nuque et de troubles ostéo-musculaires de degré II selon la Quebec Task Force. Cela étant, on ne saurait exclure un lien de causalité naturelle entre l'accident du 17 juin 2013 et un traumatisme cervical ou crânio-cérébral, une qualification plus précise de l'atteinte s'avérant sans incidence sur la résolution du cas.

Etant rappelé que le droit à une indemnité journalière est subordonné à l'existence d'une incapacité de travail, il sera préliminairement observé que dans le cas d'espèce, il n'existe pas au dossier de certificat d'incapacité de travail expressément établi pour l'accident du 17 juin 2013, dans la mesure où l'assurée était déjà au bénéfice d'une incapacité de travail attestée pour l'accident du 17 octobre 2012. Le Dr F._____ évoque néanmoins dans son rapport du 4 décembre 2013 une possible entrave à la capacité de travail en raison des céphalées et vertiges liés à l'accident de circulation mais pronostique la disparition des séquelles de la distorsion cervicale. Ce neurologue a cessé la prise en charge de l'assurée le 28 janvier 2014 et ni le neurologue consulté parallèlement au Dr F._____ comme ultérieurement (Dr N._____) ni le Dr H._____ n'attestent d'une incapacité de travail consécutive à l'accident de circulation. Comme le relève le Dr X._____, médecin-conseil de la Vaudoise en date du 26 novembre 2015, à plus de six mois de la distorsion cervicale, les troubles dégénératifs peuvent expliquer les cervicalgies et autres troubles (nausées, vertiges) et ceci d'autant qu'ils existaient déjà avant l'accident, ainsi que le souligne le Dr F._____ dans son rapport du 4 décembre 2013 à l'attention de l'office AI. Ainsi, même si une incapacité de travail des suites de l'accident de circulation avait été attestée en son temps, il est très vraisemblable qu'elle ne l'aurait plus été avant la date du 26 février 2015.

c) Pour l'examen de la causalité adéquate, la jurisprudence distingue la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b). Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en excluant les aspects psychiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa).

A l'évidence, l'épisode dépressif sévère présenté par l'assurée depuis le mois de décembre 2014 (cf. rapport de la Dresse O. _____ du 30 juillet 2015) constitue une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes de type « coup du lapin ».

c.a) En matière de troubles psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime.

Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc

traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; voir également : Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Bd XIV, Soziale Sicherheit, 3^e éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss).

Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération les sept critères exhaustifs suivants, au regard des seuls aspects physiques, à l'exclusion des aspects psychiques de l'état de santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_312/2007 du 5 juin 2008 consid. 3.2) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical, qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes, qui doivent être importantes, sans interruption et crédibles au regard de l'atteinte qu'elles occasionnent sur la vie de tous les jours ;

- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3).

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 puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb ; TF U 308/06 du 26 juillet 2007 consid. 4.1).

c.b) Il convient donc d'examiner le degré de gravité de l'accident. Si l'on se réfère aux cas similaires traités par la jurisprudence (TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 et 8C_98/2011 du 26 août 2011), l'accident subi par la recourante le 17 juin 2013 doit être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne à la limite du cas bénin.

De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière

particulièrement marquante pour l'accident (TF 8C_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 et les références).

Il y a ainsi lieu d'examiner si les différents critères retenus par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate avec d'éventuels troubles psychiques sont remplis en l'espèce.

Les circonstances de l'accident dont la recourante a été victime ne sont ni dramatiques, ni impressionnantes. En l'espèce, l'accident s'est déroulé à faible vitesse, provoquant des dégâts peu importants au véhicule dans lequel se trouvait l'assurée (côté gauche des pare-chocs arrière). Le fait que le bassin de l'assurée ait heurté le volant au moment du choc ne donne pas à l'accident un caractère particulièrement impressionnant, ce d'autant moins que l'intéressée n'a subi aucune blessure nécessitant des soins immédiats.

Selon le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, des lésions physiques consistant en nuchalgies et troubles ostéo-articulaires n'entraînent pas des troubles psychiques.

La recourante n'a pas été hospitalisée et a bénéficié d'un traitement essentiellement antalgique et anti-inflammatoire, accompagné de séances de physiothérapie et d'ostéopathie, sans qu'il soit allégué que l'un ou l'autre de ces traitements aurait provoqué des effets secondaires particulièrement lourds à supporter.

Aucune erreur dans le traitement médical, ni difficultés en cours de guérison, ni complications importantes n'ont été observées.

Enfin, il n'y a eu aucune incapacité de travail avérée due aux lésions physiques résultant de l'accident du 17 juin 2013.

Subsiste le critère de la persistance des douleurs physiques dont on pourrait se demander s'il est en l'occurrence réalisé. Toutefois, il n'est pas nécessaire de trancher cette controverse car même si l'on

considère ce critère comme rempli, il ne suffit pas à lui seul pour admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques persistant après le 26 février 2015 et l'accident de gravité moyenne du 17 juin 2013. Au demeurant, le dossier constitué ne contient aucun rapport médical attestant que des douleurs physiques persistantes revêtaient une intensité particulière.

d) En conclusion, même dans l'hypothèse où un lien de causalité naturelle devait avoir été admis, le lien de causalité adéquate fait défaut, de telle sorte que la recourante ne saurait prétendre à de plus amples prestations à charge de l'intimée du fait de l'accident du 17 juin 2013.

6. La recourante sollicite de l'intimée la poursuite de la prise en charge des séances de physiothérapie en relation avec les lésions présentées à l'épaule droite.

a) Selon la jurisprudence, le traitement médical n'est alloué qu'aussi longtemps que sa continuation est susceptible d'apporter une amélioration sensible de l'état de l'assuré (art. 19 al. 1, première phrase, LAA *a contrario*), une amélioration insignifiante n'étant pas suffisante. Il n'y a pas d'amélioration sensible de l'état de santé quand la mesure thérapeutique (p. ex. une cure annuelle) ne fait que soulager momentanément des douleurs occasionnées par un état par ailleurs stationnaire (RAMA 2005 n° U 557 p. 388). Si une amélioration n'est plus possible, le traitement prend fin et l'assuré peut prétendre une rente d'invalidité pour autant qu'il présente une incapacité de gain de 10% au moins (cf. notamment TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 3.1).

b) En l'occurrence, l'assurée ayant suivi 70 séances de physiothérapie, le Dr P._____ l'a orientée auprès du Dr G._____ parce qu' « elle ne répondait pas à de multiples séances de physiothérapie » (rapport du 6 janvier 2015). Dans son rapport du 8 juillet 2015, le Dr G._____ mentionne « une absence d'évolution sous ostéopathie et acupuncture ». Le 24 juillet 2015, le Dr P._____ qualifie de stagnante

l'évolution sous physiothérapie et ostéopathie, puis requiert du médecin-conseil de la Vaudoise, en date du 23 octobre 2015, la poursuite de la physiothérapie pour favoriser une baisse des douleurs à l'effort et un reconditionnement à l'effort. La récupération fonctionnelle de l'épaule droite est cependant complète (cf. rapport du Dr P._____ du 1^{er} décembre 2015) et ce médecin précise au médecin-conseil de la Vaudoise que les séances de physiothérapie arrivent à stabiliser la symptomatologie douloureuse (cf. rapport du 9 décembre 2015). On en déduit donc que sur le plan fonctionnel, il n'y a pas d'amélioration possible par la physiothérapie et que l'état de santé de l'assurée pour ce qui concerne son épaule droite est stabilisé et ne donne donc plus droit à la prise en charge du traitement par la Vaudoise.

c) L'assurée ne formule aucune revendication quant à une éventuelle prise en charge du traitement en relation avec les troubles résultant de l'accident du 17 juin 2013. Celle-ci devrait en tous les cas être refusée en l'absence de lien de causalité entre celui-ci et les atteintes à la santé présentées, celles-ci revêtant un caractère dégénératif attesté depuis le milieu de l'année 2014 à tout le moins (cf. la décision sur opposition du 17 juin 2016, p. 8 ch. 2.3 et 2.4).

d) C'est par ailleurs en vain que l'assurée reproche au Dr X._____, médecin-conseil de la Vaudoise, de ne pas l'avoir examinée ; celui-ci disposait des rapports circonstanciés des médecins traitants comme des rapports d'imagerie de telle sorte qu'il pouvait se prononcer sans examen clinique (cf. dans ce sens TF 8C_139/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4.3).

7. La recourante demande encore que la faculté lui soit offerte par le tribunal de pouvoir s'exprimer plus amplement sur son cas.

En l'espèce, les faits sont clairs. Les pièces au dossier, essentiellement des documents médicaux, permettent à la Cour de céans de statuer en toute connaissance de cause. Des explications orales supplémentaires ne sont ainsi pas nécessaires. Elles ne sauraient de toute

manière rien changer à l'issue du litige (au sujet de l'appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). La recourante a au demeurant pu s'exprimer à l'occasion d'un double échange d'écritures. Il n'y a par conséquent pas lieu de donner suite à sa requête.

8. En définitive, il apparaît que la décision sur opposition rendue par l'intimée le 17 juin 2016 ne prête pas le flanc à la critique, en tant qu'elle met un terme au versement des prestations d'assurance au 26 février 2015 pour les indemnités journalières et au 26 novembre 2015 pour la prise en charge du traitement médical en relation avec les accidents du 17 octobre 2012 et du 17 juin 2013. Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

9. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué de dépens à la recourante, au demeurant non assistée, dès lors qu'elle n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 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 17 juin 2016 par Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA, est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Mme Q. _____,
- Vaudoise Générale, Compagnie d'Assurances SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

Le greffier :