

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 3 septembre 2018

---

Composition : Mme DESSAUX, présidente  
Mme Férolles et M. de Goumoëns, assesseurs  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**R.** \_\_\_\_\_, à **W.** \_\_\_\_\_, recourante, représentée par Me Alessandro Brenici,  
avocat 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 al. 1 LAA**

## **E n f a i t :**

**A.** Ressortissante helvétique née en 1972, R.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante) a travaillé dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011 en tant qu'opératrice pour le compte de l'entreprise B.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, elle était assurée contre les risques d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

En date du 7 mai 2015, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique : alors que la voiture de l'assurée se trouvait arrêtée dans une file de véhicules pour les besoins du trafic, la conductrice d'une automobile, momentanément inattentive, n'a pas remarqué que les deux véhicules qui la précédaient étaient à l'arrêt, si bien qu'elle a provoqué une collision avec la voiture qui la précédait, laquelle, sous l'effet du choc, a percuté par l'arrière l'automobile de l'assurée.

Le même jour, l'assurée a fait l'objet d'un examen en raison de douleurs à la nuque. Les radiographies de la colonne cervicale du 7 mai 2015 décrivaient une raideur segmentaire avec effacement de la lordose physiologique sans trouble de la statique dans le plan frontal alors qu'une cervicarthrose était notée en C5-C6. Sur la fiche documentaire pour la première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cérébral complétée le 16 juin 2015, la Dresse A.\_\_\_\_\_, médecin assistante à l'Hôpital O.\_\_\_\_\_ (site de H.\_\_\_\_\_), a diagnostiqué une distorsion cervicale de degré II selon la classification Québec Task Force (cervicalgies et limitation de la mobilité avec point douloureux). Il n'y a pas eu de perte de connaissance ni de trouble de la mémoire. En outre, aucune réaction de peur ou de frayeur n'a été constatée. L'intéressée ne présentait pas non plus de céphalées, de vertiges, de nausées, de vomissements, de troubles de l'audition, de la vue ou du sommeil. L'examen neurologique était dans les normes.

Le 16 juin 2015, la Dresse X.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à l'examen de l'assurée en raison de vertiges et de cervicalgies persistantes après l'accident du 7 mai précédent. Dans son rapport du même jour, elle a posé le diagnostic de probable syndrome post-traumatique après un traumatisme crânio-cérébral et traumatisme cervical indirect mineur ainsi qu'un possible tunnel carpien débutant. Elle a relevé que l'intéressée avait subi un accident avec traumatisme cervical indirect et traumatisme cérébral indirect par mécanisme de whiplash, ayant entraîné d'emblée des cervicalgies importantes, des troubles de l'équilibre, une fatigue et des troubles sensitifs subjectifs de la mâchoire gauche. L'examen clinique montrait une hypoesthésie tactile touchant la partie inférieure de l'hémiface gauche, ne correspondant pas au territoire du nerf trijumeau et une instabilité non latéralisée lors des tests de l'équilibre, tant les yeux ouverts que les yeux fermés, mais sans autre élément pour une atteinte de l'équilibre ni élément pour une atteinte vestibulaire. Elle a encore indiqué que si l'évolution était défavorable, il convenait d'envisager un soutien psychologique afin d'éviter une détérioration thymique susceptible d'aggraver la symptomatologie.

Dans un rapport médical intermédiaire du 12 octobre 2015, la Dresse Z.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, a indiqué que lors de sa dernière consultation auprès d'elle, le 17 juillet 2015, l'assurée présentait toujours des cervicalgies, des crânialgies ainsi que des troubles de la vision accompagnés de vertiges.

L'assurée a séjourné à la Clinique N.\_\_\_\_\_ du 16 au 18 novembre 2015 aux fins d'une évaluation interdisciplinaire, comportant un examen psychiatrique et neurologique (Dr E.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie) ainsi qu'une évaluation des capacités fonctionnelles. Dans leur rapport du 23 novembre 2015, les Drs L.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et F.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, ont posé les diagnostics primaires de traumatisme cervical indirect le 7 mai 2015 et de discopathie C5-C6. Diverses co-morbidités étaient en outre retenues. Ils se sont exprimés comme suit en conclusion de leur rapport :

« (...)

Le 7 mai 2015, seule au volant de sa voiture à l'arrêt, elle est victime d'un accident de la voie publique en chaîne, emboutie par le véhicule derrière elle, lui-même heurté par la voiture qui le suivait. Elle était attachée, n'a pas heurté l'appuie-tête et les airbags ne se sont pas déclenchés. Elle n'a pas perdu connaissance mais a présenté un trou de mémoire, restant dans un état second avec une désorientation après le choc. Elle a immédiatement ressenti une douleur cervicale et des vertiges. Un constat a été effectué à l'aide de la police. Elle a été conduite aux urgences par son compagnon en raison de la persistance de cervicalgies, vertiges et nausées.

A l'hôpital de H.\_\_\_\_\_, elle a été rapidement prise en charge avec un bilan radiographique qui n'a pas démontré de lésion traumatique. Elle a été délivrée le jour même des urgences avec la prescription d'une minerve et d'une antalgie. En raison de la persistance de douleurs ainsi que de vertiges avec sensation d'endormissement du côté gauche du visage, de la gorge et de fourmillements diffus des doigts, elle a eu diverses investigations sous forme d'une IRM cervicale puis une IRM cérébrale avec angio-IRM après un examen neurologique en juin 2015. Elle a débuté des séances de physiothérapie et a été adressée à un anesthésiste du Centre C.\_\_\_\_\_ avec la réalisation d'infiltrations locales cervicales, trois au total sans effet bénéfique. En raison de scapulalgies gauches, elle a bénéficié d'une injection loco-régionale.

Depuis lors, l'évolution reste stable dans la médiocrité. La patiente présente toujours des cervicalgies gauches irradiant proximale au membre supérieur gauche et à l'occiput s'accompagnant de picotements de la main. Il y a une recrudescence mécanique avec une intensité moyenne douloureuse encore élevée, estimée à 70 sur l'EVA de 100. L'antalgie comprend actuellement du Dafalgan 1 g trois fois par jour, de l'Arthrotec 50 mg en réserve et la patiente a débuté du Cimbalta 60 mg depuis un peu plus d'un mois. Elle devrait reprendre prochainement des séances de physiothérapie.

Mme R.\_\_\_\_\_ a participé de façon optimale à l'examen physique, se soumettant sans rechigner aux tests à effectuer sur ordre. Elle se déplace sans épargne mais on relève une gestuelle cervicale spontanément limitée. L'examen n'est pas parasité par un comportement douloureux démonstratif. Objectivement, on relève d'importantes limitations des amplitudes du rachis cervical tant en flexion-extension qu'en rotation. En revanche, la mobilité de l'épaule gauche est conservée hormis une légère limitation en rotation interne et en élévation, avec un testing de la coiffe qui est tenu. L'examen neurologique spécialisé est rassurant, à l'exception du syndrome cervical important. Le neurologue ne retrouve pas de syndrome médullaire ni radiculaire aux membres supérieurs. L'ENMG se révèle normal. Il existe une composante tensionnelle et une exacerbation de céphalées préexistantes compatibles avec des migraines.

Les documents d'imagerie comportent une IRM cervicale et une IRM avec angio-IRM cérébrale. Ces examens démontrent de discrètes anomalies sous forme de discopathies et protrusions discales

étagées au niveau cervical, sans signe de conflit disco-radicaire ni lésion traumatique. Une radiographie de l'épaule gauche a également été réalisée qui ne démontre pas de calcification ni d'élévation de la tête humérale. L'ultrason ne démontre pas de lésion transfixiante de la coiffe des rotateurs.

A ce stade, on retient donc un diagnostic de traumatisme cervical indirect correspondant à un degré II de la classification QTF pour le whiplash, et d'une discopathie cervicale C5-C6 s'accompagnant de migraines.

(...)

Lors de l'entretien psychiatrique, on se trouve face à une femme entrant aisément en communication, vigile et orientée, sans trouble attentionnel ou mnésique avec une thymie bonne. On ne retient pas de signe de la lignée dépressive. Il n'y a pas non plus d'élément pour un trouble anxieux spécifique, en particulier pour un état de stress post-traumatique. Le psychiatre souligne la conviction assez peu mobilisable de lésions consécutives à son traumatisme, ce qui la désécurise et la conduit à une autolimitation reconnue de certains mouvements. On relève aussi une tendance à un fonctionnement volontiers en « tout ou rien », étant passablement active lorsque les douleurs sont moindres puis devant renoncer à certaines activités. D'un point de vue du fonctionnement plus global, on retient aussi une tendance à l'accumulation de tensions entraînant ensuite une réaction vive, parfois brusque. Elle se reconnaît ainsi dans des caractéristiques de personnalité entière avec tendance à un fonctionnement en « tout ou rien ». Le psychiatre ne relève donc pas de singularité psychique atteignant le seuil d'un diagnostic psychiatrique.

Le pronostic paraît être en principe favorable : l'accident du 7 mai 2015 n'a pas entraîné de lésion objective au plan physique ni laissé trace de séquelle au plan psychique. On peut toutefois relever la présence de certains éléments qui assombrissent ce pronostic : une intensité douloureuse moyenne encore très élevée à 6 mois de l'accident, avec un indice fonctionnel élevé ; des autolimitations lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles avec un score PACT bas ; une fonctionnalité en tout ou rien et la conviction d'une lésion consécutive à l'accident. En revanche, on peut souligner que cette patiente dispose d'un bon soutien et d'une stabilité familiale et d'une personnalité qu'elle décrit comme étant plutôt positive et dynamique, voulant aller de l'avant.

Les mesures thérapeutiques se doivent d'être axées sur une réassurance avec la reprise d'un traitement de rééducation par de la physiothérapie active, et non uniquement passive. A cet effet, la patiente est très demandeuse de pouvoir suivre un traitement intensif dans le cadre de la Clinique N. \_\_\_\_\_ en séjour volontaire. Malgré les éléments paraissant assombrir le pronostic, un séjour stationnaire de réadaptation nous paraît être une bonne alternative chez cette patiente désirant aller de l'avant. Enfin, du point de vue médicamenteux, la médication de Cymbalta semble peu aidante et provoquer des diarrhées. Le psychiatre conseillerait donc d'interrompre cette médication. »

L'assurée a une nouvelle fois séjourné à la Clinique N. \_\_\_\_\_ du 14 décembre 2015 au 20 janvier 2016 où elle a bénéficié de thérapies physiques et fonctionnelles pour des céphalées, cervicalgies et vertiges persistants depuis un traumatisme cervical indirect le 7 mai 2015. Dans leur rapport du 28 janvier 2016, les Drs K. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, spécialistes en neurologie, ainsi que la Dresse G. \_\_\_\_\_, médecin assistante, ont retenu les mêmes diagnostics, co-morbidités et antécédents que dans le rapport d'évaluation interdisciplinaire du 23 novembre 2015. Sur le plan physiothérapeutique, il y avait une évolution favorable des cervicalgies. L'assurée avait également progressé au niveau de l'équilibre et de la stabilité. Sur le plan ORL, il n'y avait pas d'argument pour une atteinte vestibulaire d'origine post-traumatique. Le bilan radiologique a été complété par une IRM dorso-lombaire (du 29 décembre 2015) ayant montré une arthropathie apophysaire postérieure, de nature dégénérative L4-L5, des deux côtés. Sur le plan thérapeutique, ils ont ajouté un traitement à base de Sirdalud et effectué des injections de toxine botulique à but myorelaxant et avec un effet antalgique. Sur le plan psychiatrique, ils ont arrêté le Cymbalta en raison des effets secondaires au niveau digestif et des résultats peu significatifs. Sur le plan ophtalmologique, la gêne décrite était liée à des troubles de la réfraction et une correction optique a été prescrite. Sur le plan neuropsychologique, l'examen réalisé chez une patiente collaborante, très fatigable et algique, a mis en évidence des difficultés attentionnelles, des résultats déficitaires à une tâche de mémoire verbale et un faible rendement à une tâche de fluence verbale. Les difficultés observées étaient compatibles avec la fatigabilité, la thymie abaissée et les plaintes évoquées par l'assurée (céphalées, douleurs, vertiges). Sur le plan ergothérapeutique, l'assurée était gênée dans les activités de la vie quotidienne par des vertiges et la difficulté de concentration ainsi que par les douleurs à la mobilisation et une diminution de force des membres supérieurs. Durant son séjour, ils ont observé une nette amélioration de la force des membres supérieurs et de la mobilité de l'épaule gauche. Sur le plan professionnel, les médecins de la Clinique N. \_\_\_\_\_ ont estimé qu'une reprise du travail en respectant les limitations décrites (douleurs, gênes au niveau de la nuque et des épaules dans les actions endurantes ou lors de positions de travail

contraignantes) était envisageable dès le 27 janvier 2016 au taux de 50%, moyennant une pause toutes les heures.

A la demande de la CNA, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et chirurgie, a procédé à l'expertise de l'assurée. Dans son rapport du 20 janvier 2016, il a d'abord résumé les pièces au dossier, puis a brièvement décrit l'évolution de l'état de santé de l'intéressée avant de commenter les documents radiographiques mis à sa disposition. L'expert a indiqué avoir pu obtenir le rapport d'expertise rédigé par le Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2006 à la suite d'un traumatisme d'accélération cranio-cervical survenu le 29 avril précédent lors d'une chute de l'assurée dans son salon de coiffure (elle exerçait alors cette profession). Tout en se plaignant alors de céphalées, de douleurs à la nuque, de vertiges, de nausées, l'assurée n'avait pas fait état de perte de connaissance ni de vomissement. Elle avait une contracture et des notions de paresthésie des mains avec une anesthésie des pulpes et des doigts. Une IRM cervico-dorso-lombaire effectuée le 12 juillet 2006 montrait des pincements en C3-C4, C4-C5 de même qu'en C5-C6. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ avait diagnostiqué des cervico-lombalgies chroniques, non spécifiques, des dysesthésies de la main gauche, en particulier du majeur, d'étiologie indéterminée, avec diagnostics différentiels de syndrome du tunnel carpien gauche. Selon le Dr P.\_\_\_\_\_, il paraissait évident qu'il existait un état antérieur non négligeable chez l'intéressée. Considérant à l'issue de son examen clinique qu'il n'y avait pas de traumatisme cranio-cérébral, il concluait que les troubles constatés étaient la conséquence de l'événement du 7 mai 2015, celui-ci ayant péjoré un état antérieur. Il était d'avis que cet accident était de peu d'importance et que le statu quo sine avait été atteint six mois après celui-ci.

Appelé à se prononcer sur la situation médicale de l'assurée, le Dr S.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, s'est rallié, en date du 19 février 2016, aux conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_. Il a ainsi estimé que l'assurée avait « oublié » ses antécédents de 2006 et que

l'événement de 2015 avait provoqué une aggravation temporaire d'un état pré-existant, de sorte que le statu quo sine était atteint dès le mois de novembre 2015. Le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'était pas ouvert.

Statuant par décision du 23 février 2016, la CNA a clos le cas avec effet à cette date. S'appuyant sur l'expertise du Dr P.\_\_\_\_\_, elle a considéré que le statu quo sine avait été atteint au plus tard à cette date si bien qu'elle a mis un terme au versement de ses prestations (indemnités journalières et frais de traitement). Les troubles subsistants à la date de la décision n'étaient pas dus à l'accident du 7 mai 2015 mais ressortaient exclusivement de facteurs maladifs.

Par acte du 23 mars 2016, complété le 31 mai suivant, l'assurée s'est opposée à cette décision.

Les arguments développés par l'assurée ont été soumis au Dr S.\_\_\_\_\_ lequel s'est déterminé comme suit à leur sujet dans une appréciation médicale du 27 juin 2016 :

« Dans sa lettre adressée à la Suva en date du 31 mai 2016, Me Alessandro Brenci a écrit :

- 1) *Le médecin d'arrondissement de la Suva s'est fondé sur une expertise réalisée par le Dr P.\_\_\_\_\_ en date du 20 janvier 2016.*

*Le médecin d'arrondissement s'est fondé sur les rapports de la Dresse Z.\_\_\_\_\_, de la Dresse X.\_\_\_\_\_ ainsi que sur ceux du Dr P.\_\_\_\_\_.*

- 2) *Ce rapport contient un certain nombre d'éléments qui sont contredits par le dossier lui-même. En premier lieu, le Dr P.\_\_\_\_\_ s'appuie sur le formulaire rempli par Dresse A.\_\_\_\_\_, vraisemblablement à l'Hôpital de H.\_\_\_\_\_. Pour une raison inexplicable, la Dresse A.\_\_\_\_\_, alors que tous les éléments de la cause indiquent le contraire, a considéré qu'il n'y avait pas eu de choc à la tête (les rapports de police entre autres indiquent que l'opposante avait eu un choc contre l'appui-tête), qu'il n'y avait pas eu de réaction de peur et/ou de frayeur (les éléments du dossier indiquent que l'opposante a peur dans la foule depuis l'accident), qu'elle n'avait ni céphalée, ni vertige, ni nausée, ni vomissement, ni trouble de l'audition, ni trouble de la vue, ni trouble du sommeil (tous les*

*documents de la cause indiquent que ces symptômes étaient - et sont encore - présents). En d'autres termes, le rapport de la Dresse A.\_\_\_\_\_, sur lequel s'appuie fréquemment le Dr P.\_\_\_\_\_, n'est pas crédible et ne saurait être retenu. Il contrevient en particulier au long descriptif mené par [la] Dresse X.\_\_\_\_\_ le 16 juin 2015, où tous les éléments sont correctement et exhaustivement exposés.*

A la lecture du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, il n'a pas pris en compte seulement le rapport de la Dresse A.\_\_\_\_\_ mais aussi ceux de la Dresse Z.\_\_\_\_\_ et de la Dresse X.\_\_\_\_\_.

- 3) *Ce document met en particulier en lumière les circonstances de l'accident, les troubles apparus dès le transport à l'hôpital, les symptômes apparus 6 jours plus tard, un examen neurologique diagnostiquant un probable syndrome post-traumatique après TCC et traumatisme cervical indirect, mineur, ainsi qu'un possible tunnel carpien débutant. A ce titre, la Dresse X.\_\_\_\_\_ précise ce qui suit : « cette patiente a subi un accident avec traumatisme cervical indirect et traumatisme cérébral indirect par mécanisme de whiplash, qui a entraîné d'emblée des cervicalgies importantes, des troubles de l'équilibre, une fatigue et des troubles sensitifs subjectifs de la mâchoire G [...]. Il est fort probable que cette patiente présente une atteinte secondaire à un traumatisme cervical indirect et un traumatisme crânien, dont le pronostic est pour l'instant réservé [...]. Si l'évolution reste défavorable d'ici la fin de l'été 2015, je pense qu'il faut faire une demande auprès de l'AI pour une évaluation. En effet, ces syndromes post-traumatiques peuvent évoluer rapidement favorablement, mais peuvent laisser des séquelles prolongées et durables. L'importance des lésions visibles sur les examens paracliniques et la violence du choc ne permettent pas d'expliquer l'importance des plaintes des patients, qui ne sont pas forcément corrélées aux éléments objectifs, en faveur des lésions organiques. Si cette évolution est effectivement défavorable chez la patiente, je pense qu'assez rapidement il faut lui proposer un soutien psychologique, pour essayer d'éviter une détérioration thymique qui peut aggraver la symptomatologie. »*

A mon avis, les affirmations de la Dresse X.\_\_\_\_\_ sont parfaitement exactes. Il n'y a pas de contradiction avec les conclusions du Dr P.\_\_\_\_\_.

- 4) *Tout au long de l'année 2015, l'opposante a subi les suites de l'accident, présentant notamment des cervicalgies, des crânialgies et des troubles de la vision accompagnés de vertige.*

On peut répondre à Me Brenci que l'assurée a été évaluée sur le plan ORL et ophtalmologique durant son séjour à la Clinique N.\_\_\_\_\_. Le Dr V.\_\_\_\_\_ n'a pas trouvé d'élément en faveur d'une atteinte vestibulaire, d'origine post-traumatique. La Dresse T.\_\_\_\_\_ conclut que les troubles de la vision de

l'assurée sont dus à des troubles de la réfraction et une correction optique a été prescrite.

- 5) *Le séjour auprès de la Clinique N. \_\_\_\_\_ a montré que l'opposante, laquelle a participé activement et s'y est investie pleinement, avait bénéficié d'un besoin d'un suivi physiothérapeutique, qu'elle avait des lésions découvertes sur le plan radiologique, qu'elle nécessitait un suivi thérapeutique médicamenteux, que des lésions étaient apparues aux niveaux psychiatrique, ophtalmologique et neuropsychologique. Sur le plan professionnel, le potentiel de travail était à améliorer. Il convient également de préciser que, dans le cadre des séances de physiothérapie, l'opposante s'était grandement investie et qu'elle avait indiqué à son praticien que les charges qu'elle soulevait étaient beaucoup trop importantes.*

Je n'ai pas de commentaire à faire.

- 6) *Il convient également de préciser qu'une lésion à la cervicale C1, en lien direct avec l'accident, n'a pas été prise en considération par le Dr P. \_\_\_\_\_, pour une raison que l'opposante ignore. Cet élément doit entrer en considération dans l'appréciation du présent dossier, étant donné qu'il participe de la compréhension des souffrances actuelles de l'opposante.*

Rappelons que le radiologue, dans son rapport d'IRM du 18 mai 2015 décrit que de la base du crâne jusqu'à C3, il n'y a pas de lésion discale ni vertébrale. Pas d'œdème osseux témoignant d'une fracture ou d'une infiltration oedémateuse post-traumatique des parties molles. Pas de lésion ligamentaire.

- 7) *Le Dr P. \_\_\_\_\_ semble indiquer qu'un état antérieur doit être pris en considération dans le cadre de l'appréciation de la présente espèce. Cet élément, pourtant connu de tous les intervenants de cette histoire, n'apparaît qu'en dernier ressort. En réalité, il importe de souligner que les possibles séquelles d'une lésion antérieure n'ont aucun lien médical, partant juridique, avec l'événement de mai 2015, raison pour laquelle elles n'apparaissent pas dans le cadre du présent dossier, hormis sous la plume de ce dernier praticien. Pour s'en convaincre, le rapport établi par la Dresse X. \_\_\_\_\_ est le seul à décrire correctement et fidèlement l'événement du 7 mai 2015 et les conséquences cliniques et psychiques sur la situation de l'opposante.*

Il est évident que Mme R. \_\_\_\_\_ a des troubles dégénératifs de la colonne cervicale connus depuis 2006. Des IRM de 2006 et de 2012 ont montré des troubles dégénératifs.

- 8) *Par ailleurs, on peine à comprendre les conclusions, plutôt hâtives, du Dr P. \_\_\_\_\_, selon lesquelles l'accident ne serait pas aussi important « qu'on veuille bien le dire », qu'il y a un*

*possible choc arrière contre l'appui-tête, qu'il n'y a pas de traumatisme crânio-cérébral. A dire juste, le Dr P. \_\_\_\_\_ se fonde sur de simples suppositions, même extrapolations, qui ne trouvent aucun fondement médicalement circonstancié. Ainsi, ses affirmations en pages 16 à 18 de son rapport laissent perplexes : sur quelle base médicale peut-il consacrer l'évidence d'un état antérieur non négligeable chez l'opposante ? Comment peut-il conclure que le choc sur l'arrière du véhicule n'a pas été très violent, alors que l'opposante faisait état de douleurs non-limitées à la nuque ? Quel élément lui permet-il de dire que le choc contre l'appui-tête n'a pas été prouvé ? Pour quelle raison indique-t-il qu'il n'y a pas de traumatisme crânio-cérébral ou qu'il y a peu de différence entre l'état clinique entre 2006 et celui actuel ? Bien plus, il n'y a aucune évidence en vertu de laquelle l'état antérieur ou des facteurs extérieurs participent des souffrances actuelles de l'opposante.*

A mon avis, peu importe de savoir s'il y a eu un traumatisme crânio-cérébral ou pas. Ce qu'on peut affirmer c'est qu'apparemment il n'y a pas eu de perte de connaissance ni amnésie circonstancielle. L'IRM cérébrale et l'angio-IRM pré-cérébrale effectués le 19 juin 2015 se sont avérés dans la limite de la norme. S'il y a eu un traumatisme crânio-cérébral, celui-ci n'a pas eu comme conséquence des dégâts structurels ni de perte de connaissance.

- 9) *En réalité, l'opposante souffre encore aujourd'hui de nausées, de vertiges, de céphalées, de troubles de la vue, du sommeil et de l'ouïe. Elle a également des douleurs à la nuque et une peur de la foule depuis l'accident. Elle prend toujours une médication en lien avec l'événement du 7 mai 2015 et souffre encore aujourd'hui des conséquences de cet accident, qui a une importance certaine. En d'autres termes, il n'existe aujourd'hui aucun statu quo sine ; dans ce contexte, le versement des prestations émanant de la SUVA doit être poursuivi.*

On peut donc conclure que Mme R. \_\_\_\_\_ souffre de cervicalgies depuis de nombreuses années. En 2006, des discopathies cervicales ont été découvertes suite à une entorse cervicale bénigne survenue lors d'une glissade dans son salon de coiffure. Une IRM de la colonne cervicale effectuée [en] 2012 suite à des douleurs cervicales survenues après une chute en promenant son chien, en novembre 2011, a montré pratiquement les mêmes lésions dégénératives visibles à l'IRM cervicale du 18 mai 2015.

En conclusion, suite à l'événement du 7 mai 2015, Mme R. \_\_\_\_\_ a eu un probable traumatisme crânio-cérébral sans perte de connaissance et sans aucune lésion structurelle. Elle a eu aussi une entorse cervicale [de] degré II QTF. Aucune lésion structurelle n'a été démontrée suite à cet événement. Les divers examens radiologiques ont montré des troubles dégénératifs pluri-étagés de la colonne cervicale déjà visibles à l'IRM de janvier 2012. Je partage

entièrement l'opinion du Dr P. \_\_\_\_\_ comme quoi en l'absence de lésion structurelle due à l'événement de novembre (sic) 2015 on peut établir un statu quo sine 6 mois après cet événement. »

Après avoir rappelé, dans sa décision sur opposition du 31 août 2016, la jurisprudence fédérale relative aux accidents avec traumatisme de la colonne cervicale, lésions équivalentes ou traumatismes cranio-cérébraux, ainsi que les critères jurisprudentiels pour l'appréciation de la causalité adéquate en cas d'accident de gravité moyenne, la CNA a fait observer que l'assurée n'avait apporté aucun élément de nature médicale susceptible de remettre en cause l'évaluation interdisciplinaire pratiquée à la Clinique N. \_\_\_\_\_ en novembre 2015 ainsi que les avis médicaux concordants des Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_. Elle a ainsi considéré qu'au vu des troubles d'origine dégénérative qu'elle présentait, l'établissement d'un statu quo sine dès le mois de novembre 2015 se justifiait. Si elle a concédé que la disparition du lien de causalité naturelle pouvait rester ouverte, elle a en revanche nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles allégués (à savoir de fortes douleurs cervicales, des céphalées et des vertiges, lesquels devaient être considérés comme des troubles cliniquement perceptibles de catégorie II) et l'événement du 7 mai 2015, celui-ci devant être rangé dans la catégorie des accidents de peu de gravité à la limite des accidents de gravité moyenne. En définitive, il n'y avait pas lieu de revenir sur les termes de sa décision initiale du 23 février 2016, si bien qu'elle a rejeté l'opposition formée par l'assurée.

**B.** Par acte du 3 octobre 2016, R. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud en concluant, sous suite de frais et dépens, principalement à sa réforme et à la poursuite du versement « des prestations de l'assurance accidents pour les suites de l'accident du 7 mai 2015. » A titre subsidiaire, elle demande l'annulation de la décision attaquée et le renvoi de la cause à l'autorité intimée pour nouvelle décision, très subsidiairement, pour complément d'instruction. Elle fait en substance valoir que l'opinion du Dr P. \_\_\_\_\_, à laquelle s'est rallié le Dr S. \_\_\_\_\_, s'inscrit en contradiction avec les éléments du dossier et plus

particulièrement ceux mis en exergue par la Dresse X.\_\_\_\_\_. Dans son rapport du 16 juin 2015, celle-ci fait mention de douleurs aux cervicales C1, C5 et C6 consécutives à l'accident, lequel a également entraîné des troubles de l'équilibre et de la mâchoire à gauche ainsi qu'une fatigue. La recourante soutient en outre que c'est à tort que l'intimée a classé l'accident du 7 mai 2015 dans la catégorie des accidents de peu de gravité, à la limite des accidents de gravité moyenne en raison des troubles psychiques qu'il a entraînés du fait de son déroulement, de la gravité des lésions, de la nature du traitement médical, des douleurs physiques persistantes et des difficultés professionnelles qui perdurent. Au vu des divergences résultant des pièces médicales au dossier, elle estime qu'il est nécessaire de mettre en place « une expertise pluridisciplinaire (somatique, plus particulièrement une analyse des cervicales, du crâne et de la colonne ; psychique). »

Dans sa réponse du 12 décembre 2016, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision querellée. Contrairement à ce qu'avance la recourante, les conclusions des Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_ sont superposables à celles de la Dresse X.\_\_\_\_\_. En effet, dans son rapport du 16 juin 2015, celle-ci ne prétend pas que l'intéressée souffrirait de douleurs aux cervicales C1, mais uniquement d'une discopathie C5-C6 avec une uncarthrose bilatérale, prédominant à droite, mais sans répercussion au niveau médullaire et une perte de la lordose physiologique, avec une anomalie centrée sur l'espace C4-C5. La Dresse X.\_\_\_\_\_ souligne également que ces anomalies avaient déjà été observées lors d'une IRM cervicale réalisée en 2012. De son côté, le Dr S.\_\_\_\_\_ relève l'absence de lésion structurelle à la suite de l'accident du 7 mai 2015. En outre, aucun élément en faveur d'une atteinte vestibulaire d'origine traumatique n'a été mis en évidence par les médecins de la Clinique N.\_\_\_\_\_. Quant aux troubles de la vision, ils étaient dus à de la réfraction. Ainsi, le Dr S.\_\_\_\_\_ estime que l'événement du 7 mai 2015 n'a fait que provoquer une aggravation temporaire d'un état qui préexistait. Il a aussi fait remarquer que les troubles cervicaux de l'assurée étaient déjà apparus en 2006 à la suite d'un faux mouvement. En présence de troubles d'origine dégénérative, la

fixation du statu quo sine au mois de novembre 2015 était justifiée. Par ailleurs, l'intimée estime que l'accident en cause doit être considéré comme un accident de peu de gravité, à la limite des accidents de gravité moyenne et exclut un lien de causalité adéquate entre les troubles encore ressentis et un accident de ce type, aucun des critères posés par la jurisprudence n'étant en l'occurrence réalisé.

En réplique du 14 février 2017, la recourante se plaint de n'avoir jamais été examinée par le Dr S.\_\_\_\_\_, ce qui affaiblirait la valeur probante de son rapport. Elle s'étonne par ailleurs de l'appréciation convergente des Drs P.\_\_\_\_\_ et S.\_\_\_\_\_, laissant entendre l'existence de liens entre l'expert et l'assureur intimé d'où une remise en cause de la crédibilité de leurs conclusions. S'agissant de la gravité de l'accident, elle déclare que le coût des réparations du véhicule s'est élevé à 4'600 fr. environ ce qui témoigne de l'intensité du choc. Son état a au demeurant nécessité d'importantes prescriptions médicamenteuses ainsi que des séances de physiothérapie. Elle a en outre déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en vue d'un reclassement professionnel. Elle se réfère enfin à un rapport médical de la Dresse D.\_\_\_\_\_, médecin traitant, du 22 septembre 2016, laquelle a relevé des cervicalgies et céphalées persistantes à la suite d'un traumatisme cervical indirect le 7 mai 2015 de type whiplash accompagné de discopathies au niveau des vertèbres C5 et C6 avec contrainte radiculaire. Cette praticienne faisait état de limitations sous la forme d'une raideur cervicale bilatérale incompatible avec la réalisation de tâches ménagères peu contraignantes. Estimant la capacité de travail à 60%, elle réservait toutefois son pronostic quant à une capacité de travail pleine et entière dans l'activité habituelle. En conséquence, la recourante confirme les mesures d'instruction requises dans son écriture du 3 octobre 2016 ainsi que les conclusions y figurant.

Dupliquant en date du 8 mars 2017, l'intimée observe que la valeur probante d'un rapport médical ne dépend pas de la réalisation d'un examen clinique personnel, pour autant qu'il se base sur un dossier médical complet. Par ailleurs, outre que la Dresse D.\_\_\_\_\_ n'apporte

aucun élément nouveau, elle ne se fonde que sur une partie du dossier. Parmi les autres facteurs susceptibles d'influencer le processus de guérison, elle a indiqué un traumatisme cervical survenu en 2011. Or, les Drs P.\_\_\_\_\_, S.\_\_\_\_\_, et X.\_\_\_\_\_ soulignent qu'une partie de la symptomatologie présentée par la recourante est imputable à un état antérieur remontant à 2006. Enfin, les coûts de la réparation du véhicule ne sauraient conférer un caractère particulièrement impressionnant ou dramatique à l'accident du 7 mai 2015 dès lors qu'il est établi que les véhicules roulaient à faible allure dans une localité où il y avait des travaux et que les dégâts causés se résument à de la tôle froissée et à de la peinture. Partant, l'intimée maintient ses conclusions tendant au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse.

**C.** A la requête du juge instructeur, la CNA a produit le 3 avril 2017 le dossier afférent à l'accident subi par la recourante en date du 13 novembre 2011 : ayant glissé alors qu'elle promenait son chien, celui-ci s'est mis à tirer sur sa laisse, ce qui avait provoqué une torsion/entorse à l'épaule gauche.

Dans ses déterminations du 26 avril 2017, la recourante fait observer qu'il n'existe pas de lien entre l'accident du 7 mai 2015 et les événements de 2011. En effet, ces derniers ont débouché sur des douleurs à l'épaule alors que la présente procédure porte sur un traumatisme de type « coup du lapin ».

**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 [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 (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du

recours (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).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud ; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment) ; il est donc recevable.

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

**b)** Le litige porte sur le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents (indemnités journalières et frais de traitement) pour la période postérieure au 23 février 2016 (date de la décision initiale), singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité (naturelle et adéquate) entre les troubles existant au-delà de cette date et l'accident du 7 mai 2015.

**c)** On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388] ; cf. aussi ATF 136 V 24 consid. 4.3 ;

130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C\_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2).

**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 LPGGA).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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. 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 le droit des assurances sociales. 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, 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; cf. TF 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2 et la référence) ; 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 du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**4. a)** 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 ; TF 8C\_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5).

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C\_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, correspond à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C\_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C\_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

**b)** Selon le principe de la 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 présence d'avis

médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. A cet égard, il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3 ; TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5).

Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b ; TFA I 554/01 du 19 avril 2002 consid. 2a).

**5. 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'examens 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).

**b)** Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1; voir également TF 8C\_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3 ; 8C\_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C\_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3).

**c)** En l'occurrence, il est indubitable que l'assurée présentait une atteinte cervicale dégénérative à la date de l'accident (7 mai 2015). L'ensemble des documents médicaux au dossier, y compris ceux des

médecins traitants de la recourante, le confirme au même titre d'ailleurs qu'il confirme que l'accident n'a pas entraîné de lésions organiques. Ainsi, dans son rapport d'examen neurologique du 17 novembre 2015, le Dr E.\_\_\_\_\_ précise que les investigations para-cliniques s'étaient révélées rassurantes avec l'absence de lésion à caractère traumatique tant au niveau cérébral que cervical. Objectivement, le status neurologique était normal. Les examens radiologiques à disposition ne mettaient pas en évidence d'anomalie au niveau cérébral. Quant à l'IRM cervicale du 18 mai 2015, si elle faisait certes apparaître des anomalies, celles-ci ne revêtaient toutefois pas un caractère traumatique mais constituaient plutôt des lésions dégénératives. La recourante laisse par ailleurs sans preuve l'existence d'une atteinte à la vertèbre C1. Les rapports médicaux ne font en effet aucune mention de lésion à cette vertèbre ensuite de l'accident du 7 mai 2015 et, plus particulièrement, elle ne ressort pas des examens IRM (cf. rapport de synthèse du 23 novembre 2015 des Drs L.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ de la Clinique N.\_\_\_\_\_, pp. 6-7).

En l'absence de lésion anatomique imputable à l'événement accidentel du 7 mai 2015, il est possible que l'état dégénératif de la colonne cervicale de la recourante ait été aggravé par l'accident. Le Dr P.\_\_\_\_\_ a fixé à six mois le statu quo sine et a été confirmé dans cette estimation par le Dr S.\_\_\_\_\_. Sur ce point, la recourante ne produit par ailleurs aucun avis médical contraire. Aussi n'existe-t-il aucune raison de s'écarter des conclusions de ces praticiens, lesquelles sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence.

**6. a)** Les Desses Z.\_\_\_\_\_ et X.\_\_\_\_\_, les Drs L.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_ de la Clinique N.\_\_\_\_\_ ainsi que le Dr P.\_\_\_\_\_ ont diagnostiqué un traumatisme cervical indirect en relation avec l'accident du 7 mai 2015.

**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 cranio-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<sup>er</sup> 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).

**c)** En date du 16 juin 2015, la Dresse A. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué sur la fiche usuelle en matière de traumatisme d'accélération crânio-cervicale une distorsion cervicale de degré II selon la classification Québec Task Force (cervicalgies et limitation de la mobilité avec points douloureux). Elle a également fait mention de douleurs dans la nuque rapportées par la recourante. Lors des consultations ultérieures auprès de ses médecins traitants, celle-ci a mentionné la persistance de cervicalgies, de céphalées, de troubles de l'équilibre et de fatigue ensuite de l'accident.

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un lien de causalité naturelle, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel 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 ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

Dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1).

En l'occurrence, il peut être renoncé à l'examen du lien de causalité naturelle entre le traumatisme cervical subi lors de l'accident du 7 mai 2015 et les troubles subsistants, le rapport de causalité adéquate ne pouvant être retenu pour les motifs qui suivent.

**e)** Concernant la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable, et aucune atteinte psychique n'étant alléguée, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (ATF 134 V 109 consid. 7 à 9). Il est nécessaire, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité.

**aa)** Il faut donc d'abord classer 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, 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<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n° 121 ss, pp. 934 ss).

En l'occurrence, la recourante était à l'arrêt lorsque sa voiture a été emboutie par un véhicule, lui-même à l'arrêt au moment d'être heurté par le troisième véhicule survenant depuis l'arrière. Le choc n'aura pas été important, preuves en sont les photographies, tant celles du dossier de la CNA que celles produites par la recourante. Il en résulte que les dégâts matériels causés au véhicule de cette dernière sont somme toute peu importants. Le châssis n'a notamment pas été endommagé. Au vu de ces éléments et de la jurisprudence (cf. TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 5.2 et les nombreuses références citées) – selon laquelle, en règle générale, une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée comme un accident de gravité moyenne voire à la limite du cas bénin – l'accident en cause constitue un accident de gravité moyenne qui n'est ni à la limite des accidents de peu de gravité ni à celle des accidents graves.

**bb)** Lorsque l'accident est de gravité moyenne, l'existence ou l'inexistence d'un rapport de causalité adéquate ne peut être déduite de la seule gravité objective de l'accident. Conformément à la jurisprudence (ATF 134 V 109 ; 117 V 359), il convient dans un tel cas de se référer en outre, dans une appréciation globale, à d'autres circonstances objectivement appréciables, en relation directe avec l'accident ou apparaissant comme la conséquence directe ou indirecte de celui-ci. Les

critères à examiner pour un accident de gravité moyenne sont alors les suivants :

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

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).

**cc)** La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas, en soi, à conduire à l'admission de ce critère. En

l'espèce, l'accident s'est déroulé alors que le véhicule de l'assurée se trouvait à l'arrêt, provoquant des dégâts peu importants à l'arrière (pare-chocs et coffre). Le fait que la tête de la recourante soit partie en avant au moment du choc ne constitue pas une circonstance particulièrement dramatique, ce d'autant moins que l'intéressée n'a présenté aucune blessure nécessitant des soins immédiats.

Sous réserve des atteintes cervicales dégénératives, lesquelles sont sans rapport de causalité naturelle avec l'accident (cf. considérant 5 supra), il n'existe pas de lésions somatiques objectivables présentant un caractère de gravité ou une nature particulière.

La recourante ne soutient pas avoir dû suivre un traitement médical prolongé et pénible, étant précisé qu'il doit être tenu compte uniquement du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). Les nombreuses investigations médicales auxquelles l'assurée s'est soumise n'ont pas eu de but thérapeutique mais étaient destinées à rechercher l'existence d'une atteinte organique liée à l'accident, nonobstant le caractère rassurant des examens conventionnels effectués. Les mesures d'instruction médicale ne font cependant pas partie du traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). Les mesures thérapeutiques proprement dites ont pour l'essentiel consisté en un traitement médicamenteux (notamment antalgique) et des séances de physiothérapie. Or, la prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitements par manipulation – même pendant une certaine durée – ne suffisent pas à la réalisation du critère de la pénibilité du traitement (TF 8C\_361/2007 du 6 décembre 2007 consid. 5.3 ; TFA U 380/04 du 15 mars 2005 consid. 5.2.4, in RAMA 2005 n° U 549 p. 239).

Dans le prolongement du critère précédent, on peut relever qu'aucune erreur de traitement ni complication n'est à déplorer. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison, ce que la recourante ne relève au demeurant pas.

Pour qu'un assuré puisse se prévaloir de l'intensité des douleurs, il faut que durant le temps écoulé entre l'accident et la clôture du cas (art. 19 al. 1 LAA) aient existé, sans interruption conséquente, des douleurs importantes (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). L'importance se mesure sur la base de la crédibilité des douleurs et sur les empêchements provoqués par les douleurs dans la vie de tous les jours pour la personne accidentée. En l'espèce, la recourante se plaint de la persistance de cervicalgies et de céphalées. Or, selon le rapport du médecin traitant du 22 septembre 2016, les limitations actuelles consisteraient en une raideur cervicale bilatérale accompagnée de cervicalgies et de céphalées présentes chaque jour en fin de journée, souvent incompatibles avec la réalisation de tâches ménagères peu contraignantes, de type repassage. Il ne s'agit donc pas de douleurs permanentes. Cela étant, l'existence de douleurs intenses n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante.

Le critère relatif au degré et à la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques pourrait éventuellement être considéré comme réalisé. Dans cette hypothèse, il y a lieu de rappeler que l'intéressé doit faire tout ce qui est possible pour réintégrer rapidement le monde du travail, au besoin en exerçant une autre activité compatible avec son état de santé (ATF 134 V 109 consid. 10.2.7).

La question de son importance peut toutefois demeurer irrésolue, dans la mesure où il ne ressort pas des pièces au dossier que la recourante a fourni des efforts reconnaissables pour reprendre une activité, notamment une activité autre que celle d'opératrice en horlogerie. Les quelques pièces extraites du dossier de l'assurance-invalidité n'y changent rien. L'objet de cette assurance n'est en effet pas le même que celui de l'assurance-accidents dès lors qu'il vise à la réadaptation professionnelle de l'assuré compte tenu de son état de santé global alors que le but de l'assurance-accidents est de servir ses prestations (frais de traitement et indemnités journalières) en relation avec des atteintes à la santé causées par un accident.

**dd)** Ainsi, en retenant l'hypothèse la plus favorable à la recourante, seul le dernier critère examiné pourrait éventuellement entrer en ligne de compte, mais il ne revêt en l'occurrence aucune importance particulière.

Or, pour un accident de gravité moyenne, qui n'est ni à la limite des accidents de peu de gravité ni à celle des accidents graves, il faut un cumul de trois critères sur sept ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident (SVR 2010 UV n° 25 p. 100 consid. 4.5 [8C\_897/2009]), ce qui n'est pas le cas en l'occurrence.

**f)** En conclusion, que les troubles dont se plaint la recourante soient considérés comme une aggravation post-traumatique de lésions dégénératives préexistantes ou comme consécutifs à un traumatisme cervical ou analogue, la recourante ne saurait prétendre à des plus amples prestations à la charge de la CNA du fait de l'accident du 7 mai 2015.

**g)** C'est par ailleurs en vain que l'assurée reproche au Dr S.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de l'intimée, de ne pas l'avoir examinée : celui-ci pouvait renoncer à rencontrer la recourante, dès lors qu'il disposait d'un dossier médical complet lui permettant d'établir de manière précise et chronologique les circonstances de l'accident, l'atteinte à la santé ainsi que son évolution, et de présenter des conclusions motivées (cf. dans ce sens TF 8C\_139/2012 du 16 janvier 2013 consid. 4.3).

**7.** La recourante sollicite la mise en œuvre d'une expertise médicale.

**a)** 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 (sur l'appréciation anticipée des preuves: ATF 141 I 60 consid. 3.3; 136 I 229 consid. 5.3). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; cf. ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011).

**b)** Le dossier étant complet sur le plan médical en ce qui concerne l'objet du litige avec des avis médicaux convergeant sur les points essentiels, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, sous la forme d'une expertise médicale pluridisciplinaire, telle que requise par la recourante. En effet, une telle mesure ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. Dans la mesure où les conclusions rapportées par le Dr S. \_\_\_\_\_ sont étayées par les données cliniques au dossier, il ne se justifie pas de compléter l'instruction en vue de pallier la prétendue absence de constatations médicales objectives. Ainsi, quoi qu'en dise la recourante, le dossier constitué ne souffre d'aucune lacune, de sorte que toute mesure d'instruction complémentaire apparaît superfétatoire.

**8.** En définitive, le recours se révèle mal fondé et doit être rejeté, la décision attaquée étant confirmée.

**9. a)** Par décision du 28 mars 2017, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 3 octobre 2016 et désigné Me Alessandro Brenci en qualité d'avocat d'office (art. 118 al. 1 CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante était exonérée du paiement de frais judiciaires mais astreinte au paiement d'une franchise mensuelle de 100 fr. dès et y compris le 1<sup>er</sup> mai 2017.

Conformément à l'art. 2 al. 1 RAJ (règlement vaudois sur l'assistance judiciaire en matière civile du 7 décembre 2010 ; RSV 211.02.3), le conseil juridique commis d'office a droit au remboursement de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office ; à cet égard, le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès.

**b)** Le 11 mai 2017, Me Brenci a produit le relevé des opérations effectuées dans le cadre de la présente procédure. Il a annoncé un total de 7 heures 25. Quant au montant des débours facturés, il s'élevait à 17 fr. hors TVA. Son activité a été contrôlée au regard de la conduite du procès et rentre globalement dans le cadre de l'accomplissement du mandat confié, de sorte qu'elle doit être arrêtée à 7 heures 25 au tarif horaire de 180 fr. pour un avocat breveté (art. 2 al. 1 let. a RAJ).

Ainsi, Me Brenci a droit à un montant de 1'460 fr. 15, TVA au taux de 8% comprise, pour l'ensemble de l'activité déployée dans le cadre de la présente procédure.

Cette rémunération est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait qu'elle est tenue d'en rembourser le montant dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure.

**c)** La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**  
**prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 31 août 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** L'indemnité d'office de Me Alessandro Brenci, conseil de la recourante, est arrêtée à 1'460 fr. 15 (mille quatre cent soixante francs et quinze centimes), débours et TVA compris.
- IV.** La 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, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.
- V.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Alessandro Brenci, avocat (pour R. \_\_\_\_\_),
- Me Didier Elsig, avocat (pour la 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).

Le greffier :