

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 novembre 2017

Composition : Mme THALMANN, présidente
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière: Mme Chapuisat

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. a) R. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1977, mariée et mère d'une fille née en 2014, alors au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance-chômage et, à ce titre, assurée par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée), a été victime d'un accident de la circulation le 5 septembre 2010.

Selon le rapport de police daté du 25 octobre 2010, l'accident a eu lieu alors que l'assurée circulait dans un parking à une vitesse de 25 km/h et a occasionné des dégâts à l'avant gauche du véhicule, lequel a toutefois pu être immédiatement déplacé par l'intéressée afin de ne pas gêner le trafic.

Dans la déclaration de sinistre LAA pour chômeur datée du 15 septembre 2010, la CNA a décrit l'événement du 5 septembre 2010 comme un accident de voiture avec choc frontal, sans lésions corporelles, mais duquel résultait un état de choc, des douleurs musculaires réactionnelles et des contractions musculaires sur tout le corps.

Dans un rapport médical LAA adressé à la CNA et daté du 4 octobre 2010, le Dr U. _____, médecin praticien, a indiqué que l'assurée avait reçu les premiers soins consécutivement à l'accident le 6 septembre 2010. Faisant état d'un bon état général de l'intéressée, il a posé le diagnostic de choc émotionnel et de contractures musculaires secondaires, sous forme de torticolis et de lombalgies, dus à l'accident et précisé sous la rubrique « Constatations » qu'il n'existait pas de lésions physiques initiales et que les lombalgies étaient secondaires. Le Dr U. _____ a recommandé un traitement par anti-inflammatoires et de la physiothérapie. Il a indiqué que l'assurée avait été incapable de travailler à 100% les 6 et 7 septembre 2010 et à 50% du 14 au 16 septembre 2010 et qu'elle avait retrouvé une pleine capacité de travail dès le 17 septembre 2010.

Dans un questionnaire adressé à la CNA daté du 18 octobre 2010, l'assurée a indiqué qu'elle était à nouveau apte à travailler à 100% et que le traitement médical était achevé.

Le 17 novembre 2010, le Dr L. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement remplaçant pour la CNA, a considéré sur la base du dossier que les arrêts de travail du 6 et 7 septembre, ainsi que du 14 au 16 septembre 2010 pouvaient être mis en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 5 septembre 2010.

Par courrier du 19 novembre 2010, la CNA a indiqué à l'assurée qu'elle prenait en charge les prestations d'assurance pour les suites de l'accident non professionnel du 5 septembre 2010, son droit à l'indemnité prenant naissance le 8 septembre 2010.

b) Au printemps 2015, l'assurée, qui n'était alors plus assurée par la CNA, a été victime d'un nouvel accident de la circulation.

Le 7 avril 2016, l'intéressée a indiqué à la CNA présenter des séquelles et des atteintes neurologiques depuis son accident du 5 septembre 2010. Elle a précisé avoir découvert en 2015 seulement avoir eu un traumatisme à la base du crâne suite à cet accident, ainsi que des contractures musculaires très importantes à l'époque et qui persistaient encore à ce jour. Elle a demandé la réouverture de son dossier et la prise en charge, respectivement le remboursement de ses frais et traitements.

L'assurée a eu un entretien avec un collaborateur de la CNA le 25 avril 2016. On extrait ce qui suit de la rubrique « Evolution lors accident » du procès-verbal dudit entretien :

« J'avais été suivi par mon médecin traitant le Dr U. _____ qui m'avait reconnu une 1^{ère} période d'arrêt de travail, puis une seconde car l'évolution espérée n'était pas celle qui était réelle. En tout, cela n'a fait que 5-6 jours.

J'avais aussi fait 8 séances de physio pour ces problèmes et le traitement avait alors pris fin vers mi-octobre 2010.

Je dois préciser par contre que lors de la 1^{ère} séance de physio, lors des manipulations de la thérapeute, celle-ci m'a tout décoincé en une fois le haut du corps, mais dès ce moment-là, je n'arrivais plus à maintenir ma tête en bonne position et elle était « lourde ». Le médecin ne m'ayant pas prescrit de minerve, je devais maintenir ma tête avec les 2 mains.

Le lendemain matin, lors du réveil, sans nouvel accident, j'avais la tête toute maillée et toute lâche (prête à tomber sur le côté). J'ai appelé en urgence le cabinet de mon médecin, mais sa secrétaire ne voyait pas pourquoi il y avait une urgence. Elle m'a dit de continuer ma physio. Je n'arrivais plus à respirer, ni à parler et je bégayais d'émotion. Ma vision était aussi toute floue et dédoublée ».

Sous la rubrique « Evolution depuis », il était en outre fait état de ce qui suit (sic) :

« A aucun moment, la situation n'est en fait rentrée dans l'ordre. Lorsque le temps est beau et chaud, la situation s'améliore et cela va presque bien, mais dès le froid ou lors de port de charge (même ma bouilloire), cela se retend rapidement et me refait mal.

Depuis la fin de l'accident, j'ai revu à plusieurs reprises le Dr U._____, mais il me disait que je n'avais rien de particulier, que j'avais simplement un torticolis et il me prescrivait simplement de la physio. Tout a été envoyé à ma caisse maladie [...]. Depuis cette même période, je ne faisais plus de larme, mes yeux ont séché, mon sinus droit est tout bloqué, mon oreille droite me fait mal dès que je suis contractée et les sons forts me font mal.

J'avais vu aussi un allergologue en 2010 (quelques mois après l'accident), M. le Dr G._____ de [...].

J'avais vu aussi à l'époque le Dr O._____, ORL à [...].

J'ai aussi vu un ophtalmologue, le Dr X._____ à [...].

En 2014, je suis tombée enceinte, cela m'a décontracté et cela m'a permis de me détendre beaucoup plus et d'avoir de moins en moins de douleurs partout. Ma grossesse a été bénéfique, mais tout est revenu après.

J'ai accouché en septembre 2014, j'ai déménagé à l'adresse actuelle et j'ai changé de médecin traitant. J'ai alors été suivie par Mme le Dr B._____.

Accident : mai 2015, j'ai été victime d'un nouvel accident de voiture avec mon mari. C'était à côté de la synagogue à [...]. Une dame qui descendait l'avenue nous a percutés latéralement alors que nous montions. La police est venue sur place. C'est mon mari qui conduisait. J'étais derrière et attachée. Je n'avais plus d'emploi à ce

moment-là. C'est Mme le Dr B. _____ qui m'a alors suivie et elle a diagnostiqué une névralgie d'Arnold qui ne peut être en relation qu'avec l'accident de 2010 !

Vu tous mes problèmes qui réapparaissaient avec le nouvel impact, elle m'a adressé au centre de la douleur à D. _____. Il m'a fait une infiltration sans cortisone pour endormir le nerf et voir s'il entend se calmer ! Pour l'instant, cela à l'air de jouer, mais avec le froid et les mouvements du bras droit, cela réactive le problème.

Dernièrement, j'ai revu un ORL (car ne je peux plus changer, je me vite avec la voie et je respire très mal). Il s'agissait à nouveau du Dr O. _____ à [...].

Je vais vraisemblablement devoir consulter encore un pneumologue et un stomatologue, car avec les contractions des accidents, j'ai des problèmes de tensions musculaires au niveau de l'abdomen. Aucun médecin n'a encore été contacté pour cela.

Je suis suivie par un ostéopathe depuis 2015 (avant cabinet V. _____ au [...] à [...] et maintenant Mme E. _____ à [...]). J'ai pris note que l'ostéopathie n'est pas prise charge par la Suva d'une manière générale ».

Dans son rapport du 2 mai 2016, la Dresse B. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a indiqué suivre l'intéressée depuis juin 2015 et n'être de ce fait pas en mesure de se prononcer sur les constatations faites à l'époque de l'accident. Elle a mentionné que suite au second accident, l'assurée a signalé souffrir des mêmes douleurs qu'en 2010, à savoir de céphalées avec raideur et contractures de tout l'hémicorps droit et névralgie d'Arnold à droite, mais qu'il ne lui était pas possible d'évaluer l'impact qu'a pu avoir le nouvel accident sur les symptômes dont l'assurée se plaint depuis 2010, ne l'ayant jamais examinée auparavant.

Dans un rapport du 12 mai 2016, le Dr X. _____, spécialiste en ophtalmologie, a indiqué avoir examiné l'assurée pour la première fois à sa consultation le 9 juillet 2012 et que l'intéressée n'avait pas mentionné l'événement du 5 septembre 2010.

Dans un rapport médical intermédiaire du 10 mai 2016 adressé à la CNA, le Dr O. _____, spécialiste en oto-rhino-laryngologie, a posé le diagnostic de dysfonction tubaire modérée à droite. Il a précisé

qu'il n'y avait pas eu de contrôle ultérieur et que le pronostic était favorable.

Le 13 mai 2016, le Dr G._____, spécialiste en médecine interne générale et en allergologie et immunologie clinique, a retourné à la CNA le rapport médical intermédiaire indiquant qu'il n'avait pas connaissance d'un sinistre et que la demande de l'assurance ne le concernait probablement pas. Il a joint un rapport daté du 19 juin 2013 à l'attention du Dr X._____, dont il ressort que l'assurée présentait essentiellement une conjonctivite sèche sans composante allergique démontrable.

Le 23 mai 2016, la CNA a réceptionné les documents suivants :

- un rapport d'IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale du 3 juillet 2015 signé de la Dresse T._____, dont la teneur est notamment la suivante :

« **Examen : IRM CERVICALE DU 03/07/2015**

Indication :

Accident avec traumatisme cervical il y a 3 ans et nouveau traumatisme au mois de mai 2015 avec persistance de douleurs latéro-cervicales droites.

[...]

Description :

Pas d'anomalie de la charnière cervico-occipitale ni du rapport atlanto-axial.

C2-C3 : pas d'anomalie discale ni facettaire.

C3-C4 : discret prolapsus discal médian n'entrant pas en conflit avec la moelle. Facettes articulaires sans particularité. Pas de rétrécissement du canal spinal ni des trous de conjugaison.

C4-C5 : pas d'anomalie discale ni facettaire. Trous de conjugaison et canal spinal libres.

C5-C6 : pas d'anomalie discale ni facettaire. Trous de conjugaison et canal spinal libres.

C6-C7 : prolapsus discal médian n'entrant pas en conflit avec la moelle ni les racines. Pas d'uncarthrose ni d'arthrose facettaire. Pas de sténose des trous de conjugaison.

Conclusion :

Discrète discopathie C3-C4 et C6-C7 sans hernie discale ni conflit médullaire ou radiculaire.

Pas de foyer contusionnel osseux ».

- un rapport du Dr K._____, spécialiste en anesthésiologie et traitement interventionnel de la douleur auprès du centre de la douleur D._____, du 3 août 2015, qui retient entre autres ce qui suit (sic) :

« **DIAGNOSTIC :**

- **Céphalées chroniques après un traumatisme de type coup du lapin (ICHD-III 5.4)**
 - **DD : Névralgie d'Arnold droite**

- **Hémisyndrome fonctionnel sensitif de l'hémicorps droit et du visage droit.**

AUTRE DIAGNOSTIC :

- **Bonne santé habituelle**

Traitement antalgique à la première consultation :

Aucun.

Appréciation :

Il s'agit d'une très jeune patiente de 38 ans qui depuis 5 ans présente des céphalées après un accident de voiture.

La symptomatologie a débuté typiquement avec une symptomatologie du coup du lapin aigue, avec une dysrégulation autonome importante avec des cauchemars et un état de choc.

Actuellement, la patiente décrit une baisse de la sensibilité de tout l'hémicorps droit incluant le visage pour la température et le toucher.

A l'examen clinique, la patiente présente une différence de sensation à la piqûre, au froid et au toucher au niveau du visage et au niveau de tout l'hémicorps droit.

Les influences négatives sur la symptomatologie douloureuse sont la longue persistance des symptômes et l'apparition du syndrome fonctionnel sensitif neurologique. Ces syndromes sont connus dans la littérature en anglais « non dermatomal somato sensory deficits ». Ces modifications ne sont pas liées à une conversion hystérique ou à une maladie psychiatrique mais ont une base neurobiologique fonctionnelle.

Une influence positive sur l'évolution de la douleur est l'absence de blue et black flags. Actuellement, nous n'avons pas d'indice pour une catastrophisation

[...]

ANNEXE

Anamnèse de la douleur :

Il y a 5 ans, accident de voiture avec un choc frontal à basse vitesse. La patiente, au volant de sa voiture à 25 km/h, se fait heurter par une voiture. Elle est poussée légèrement sur le côté droit de la route où elle heurte le trottoir et ressent un deuxième choc. Dans la suite, développement d'une dysrégulation autonome majeure avec un état de choc, des cauchemars, une transpiration et des douleurs très importantes. Après une première séance de physiothérapie, elle développe un torticolis avec la sensation d'un « blocage au niveau du cou ».

Elle décrit actuellement la douleur comme des chocs électriques provenant de la nuque jusqu'au niveau de la tête. La symptomatologie est augmentée par le froid, les mouvements brusques, le stress. Les attaques douloureuses durent pendant quelques heures.

Soulagement de la douleur avec le chaud et le massage local.

A la consultation, la patiente avec un NRS de 0. Augmentation à un NRS de 5 pendant les attaques.

La symptomatologie avait un impact très important au niveau du sommeil ; actuellement en position antalgique la patiente n'est plus dérangée par les attaques douloureuses.

A noter que la patiente décrit de très fortes douleurs abdominales pendant les règles, associées à des maux de tête en casque. Un traitement anti-conceptionnel n'a pas amélioré la symptomatologie douloureuse et à cause d'un fibrome au niveau du sein a dû être arrêté. Cette symptomatologie a complètement disparu après la grossesse. Actuellement, elle décrit une légère augmentation des maux de tête pendant les règles.

Traitements antalgiques jusqu'à ce jour :

Mydocalm, Dafalgan, Ibuprofen avec des nausées et gastralgies avec très peu de soulagement au niveau de la douleur.

Questionnaires :

Nous demandons à chacun de nos patients de remplir des questionnaires permettant de cibler les facteurs psychologiques pouvant impacter sur le problème douloureux chronique.

Les questionnaires ne sont malheureusement pas encore complétés par la patiente. Nous vous fournirons les informations ultérieurement. » ;

- un rapport de QST (« *quantitative sensory testing* » ou évaluation quantitative des troubles sensitifs et des douleurs) daté du 8 septembre 2015 du Centre de la douleur D._____, dont il ressort qu'on ne retrouve pas chez l'assurée de différence significative entre droite et gauche, ni de différence par rapport à la moyenne de la population normale, le seul changement significatif étant une diminution de la sensibilité au froid au niveau du dermatome L5 droit et concluant que le résultat du QST ne confirmait pas la sensation subjective de la patiente.

Dans son appréciation médicale du 17 août 2016, le Dr L._____, a estimé qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les affections dont se plaignait la recourante et l'accident de 2010 selon la motivation suivante :

« Appréciation

La patiente a été victime d'un AVP [accident sur la voie publique] en tant que conductrice le 05.09.2010.

Le bilan du médecin-traitant ne fait état que de contractures musculaires associées à un choc émotionnel.

Une IRM cervicale, le 03.07.2015, ne montre que de discrets troubles dégénératifs aux étages C3-C4 et C6-C7.

Le cortège de plaintes allégué par l'assurée n'est pas en relation avec l'accident du 05.09.2010, celui-ci n'ayant engendré aucune lésion somatique objectivable ».

c) Par décision du 2 septembre 2016, la CNA, en se basant sur les conclusions du Dr L._____, a refusé d'intervenir, faute de lien de causalité certain ou vraisemblable entre l'atteinte à la santé consécutive à l'accident reconnu et les nouveaux troubles annoncés. Elle a en outre refusé d'engager sa responsabilité pour l'accident de 2015 motif pris que la couverture d'assurance faisait défaut.

Le 26 septembre 2016, l'assurée a formé opposition à la décision précitée. Elle a sollicité un entretien avec le médecin d'arrondissement et déclaré qu'elle fournirait tous les éléments notamment médicaux pour prouver la causalité entre son accident de septembre 2010 et ses troubles neurologiques et muscosquelettiques, invoquant que lesdits troubles n'avaient pas été diagnostiqués à l'époque suite à une erreur de son médecin traitant, respectivement de son assistante. Elle a joint à son opposition le rapport médical du 3 août 2015 signé du Dr K._____.

Par décision sur opposition du 5 octobre 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et maintenu sa décision du 2 septembre 2016, se référant principalement au rapport du Dr L._____. Elle a en substance soutenu que les plaintes alléguées par la recourante n'étaient pas en relation avec l'accident du 5 septembre 2010 celui-ci n'ayant engendré aucune lésion somatique, d'une part, et conclu que la causalité adéquate entre les plaintes alléguées et cet accident devait être niée, d'autre part.

B. Par acte du 3 novembre 2016 (date du timbre postal), R._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant implicitement à sa réforme. Elle fait valoir que la CNA ne pouvait se baser sur les seules conclusions de son médecin d'arrondissement pour nier l'existence du lien de causalité entre l'accident de 2010 et ses lésions, lequel n'a aucune connaissance du suivi ostéopathique et soulignant qu'aucun bilan médical précis et complet concernant les suites de son accident n'est encore établi.

Dans sa réponse du 7 décembre 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. Elle fait valoir que le rapport du Dr L._____, qui a valeur probante, constate que les lésions alléguées ne sont pas en rapport de causalité avec l'accident du 5 septembre 2010. Elle souligne qu'aucun des nombreux médecins consultés par la recourante n'a pu établir que l'accident assuré avait provoqué des lésions structurelles traumatiques à caractère durable et que l'intéressée n'apporte aucun élément objectif susceptible de remettre en cause le bien-fondé des conclusions de son médecin d'arrondissement. L'intimée fait en outre valoir que même s'il fallait admettre l'existence de troubles consécutifs à l'accident assuré, ceux-ci ne sauraient être considérés comme objectivables. Elle examine le caractère adéquat du lien de causalité de ces troubles à la lumière des principes applicables en cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne verticale et arrive à la conclusion qu'aucun des critères n'est réalisé, de sorte qu'elle était en droit de nier l'existence d'un lien de causalité entre l'accident assuré et les troubles allégués.

Par réplique du 23 février 2017, la recourante, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, sollicite la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire neurologique et psychiatrique, ainsi que le bénéfice de l'assistance judiciaire.

Par décision du 3 mars 2017, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1^{er} mars

2017 dans la mesure d'une exonération des frais judiciaires et de leur avance, ainsi que l'assistance d'office d'un avocat en la personne de Me Gilles-Antoine Hofstetter.

Le 29 mars 2017, la Cour de céans réceptionne un rapport médical daté du 24 mars 2017, produit par la recourante, émanant de la Dresse P._____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, dont on extrait notamment ce qui suit :

« En 2015, un deuxième accident survenu lorsque son époux conduisait, l'a complètement perturbée engendrant chez elle en dehors des douleurs somatiques multiples généralisées (surtout au niveau de l'épaule droite, de la région occipitale droite et de la poitrine droite) la réactivation du traumatisme vécu lors de son premier accident en 2010.

Sur le plan psychiatrique, nous mettons en évidence chez R._____, un état de stress post-traumatique avec des flash-backs accompagnés par une anxiété importante, des pleurs, des nausées, un sentiment d'injustice et de non reconnaissance en tant que victime, engendrant chez elle, des ruminations, sur cet accident de 2010 ainsi qu'une colère importante. Elle décrit une fluctuation de l'humeur qu'elle arrive à gérer ainsi que des moments de stress importants mais sans idéation suicidaire. Il n'y a pas d'abus de substances psychoactives, ni de symptômes psychotiques, ni maniaques.

R._____ est suivi par C._____, psychologue à [...] sur le plan de son couple. Elle formule son souhait à poursuivre sa thérapie avec lui et ne voit pas la nécessité de mettre en place à l'heure actuelle un autre suivi psychiatrique.

Dans ce contexte, je n'envisage pas de revoir R._____, mais je reste bien entendu à sa disposition, au cas où elle ressent le besoin de me contacter ou si elle le juge nécessaire ».

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, 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) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir 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).

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

b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et selon les formes prescrites par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est 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 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a).

b) Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à nier tout droit aux prestations à la recourante en raison de l'annonce de la rechute de l'accident du 5 septembre 2010. En revanche, la recourante ne prétend à juste titre pas que les conséquences de l'accident survenu en juin 2015 devraient être prises en charge par l'intimée dès lors qu'elle n'était, à cette époque, pas assurée par la CNA pour le risque accidents.

3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 l'assurance sociale. 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 ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 118 V 286 consid. 1b ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « *post hoc ergo propter hoc* » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5 ; 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). Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur 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* ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées ; TF 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2).

c) La preuve de la disparition du lien de causalité ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins 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 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

d) En matière de lésions au rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, 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 tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, dépression, etc.). Il faut cependant que, médicalement, les plaintes puissent de manière crédible être attribuées à une atteinte à la santé ; celle-ci doit apparaître, avec un degré de vraisemblance prépondérante, comme la conséquence de l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2 et 117 V 359 consid. 4b). L'existence de lésions au rachis cervical doit être confirmée par des données médicales fiables. 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 au moins des douleurs au

rachis cervical ou au cou se manifestent (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et réf. cit.).

4. a) 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 ; ATF 129 V 402 consid. 2.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

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, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1).

b) Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.).

c) Il en va différemment 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 ; 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14

février 2011 consid. 4.2 ; voir également : FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : MEYER, Soziale Sicherheit, 3^e éd., p. 934 n° 122). Le Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des lésions subies - qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité - ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 ; 8C_77/2009 du 4 juin 2009 consid. 4.1.1 et les réf. cit.).

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 un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (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 ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- 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.

Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. 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 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis. Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 935 s n° 123 et réf. cit. ; ATF 115 V 133 consid. 6c/aa ; ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 5.2 ; TF 8C_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.1 et les références citées ; TF 8C_897/2009 du 29 janvier 2009 consid. 4.1 et 4.5).

d) S'agissant plus particulièrement de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue à celui-ci ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il n'est pas nécessaire d'établir si, sous l'angle médical, les atteintes mentionnées ont une origine somatique ou psychique. Pour décider dans un tel cas de l'existence ou non du lien de causalité adéquate, on applique par analogie les mêmes critères que pour

une atteinte psychique, mais avec certaines modifications (ATF 134 V 109 consid. 10.3). Ces critères sont formulés de la manière suivante :

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

Dans le cas où les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, sont relégués au second plan par une atteinte psychique prépondérante, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident (cf. consid. 5c supra et FRÉSARD/MOSER-SZELESS, op. cit., p. 941 n° 131 et p. 943 n°s 136 et 137 et réf. cit.).

5. a) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étendant, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré, les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance sur

l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202]) ; ainsi, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, le paiement d'indemnités journalières. Selon la jurisprudence, il y a rechute ou séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé est guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

b) Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'assuré et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327 consid. 2).

c) Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3 ; RAMA 1997 n° U 275 p. 191 consid. 1c).

6. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans

indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait 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, une 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 et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2.).

7. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGa). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6).

b) 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 (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). 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; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.).

8. a) En l'espèce, la recourante conteste la position de la CNA, fondée sur les conclusions du Dr L._____, selon laquelle les atteintes dont elle souffre actuellement ne peuvent être mises en lien avec l'accident du 5 septembre 2010. Elle reproche notamment à ce médecin de ne pas l'avoir examinée, de ne pas avoir connaissance de l'ensemble

des éléments au dossier et considère que son appréciation est contredite par les autres éléments médicaux figurant au dossier.

Les atteintes dont se prévaut la recourante sur les plans oto-rhino-laryngologique et ophtalmique, ne peuvent en aucun cas être mises en corrélation avec l'accident du 5 septembre 2010. En effet, ni la dysfonction tubaire diagnostiquée par le Dr O._____, ni la conjonctive sèche attestée par le Dr G._____ n'apparaissent comme les suites de l'événement assuré, cela d'autant plus que l'existence de ces atteintes a été établie plus de cinq ans après l'accident, aucune de ces lésions n'ayant en revanche été mise en évidence dans un court laps de temps après le choc. Les éléments ressortant du rapport du Dr X._____ du 12 mai 2016 ne peuvent non plus être mis en lien avec l'accident de la circulation.

Quant aux douleurs alléguées par la recourante au niveau de la tête et du cou, s'il est vrai que le Dr K._____ a, dans son rapport du 3 août 2015, posé le diagnostic de céphalées chroniques après un traumatisme de type coup du lapin, rien ne permet encore de conclure que dites atteintes soient consécutives à l'accident survenu en 2010. En effet, ce praticien se contente de relater les plaintes de la recourante dans la rubrique « anamnèse de la douleur » selon laquelle les céphalées persisteraient depuis l'accident survenu cinq ans auparavant. Ces conclusions ne sont toutefois pas corroborées par le rapport de QST qui ne confirme pas la sensation subjective de la patiente. Le rapport de l'IRM pratiquée en juillet 2015 ne permet pas non plus de conclure à la présence de lésions au niveau cervical et encore moins à une mise en relation de celles-ci avec un traumatisme. Enfin, la névralgie d'Arnold, diagnostiquée par la Dresse B._____, ne peut pas non plus être mise en relation de causalité au degré de la vraisemblance prépondérante avec l'événement du 5 septembre 2010, cette praticienne n'ayant jamais examiné l'assurée avant juin 2015. En outre, une telle pathologie peut également être d'origine dégénérative et non uniquement traumatique. Enfin, rien ne permet de considérer, hormis les plaintes alléguées par la recourante selon laquelle les douleurs sont les mêmes depuis son premier accident,

que cette atteinte ne s'est pas développée consécutivement au second événement survenu au printemps 2015. Il est à cet égard pour le moins troublant de constater que la recourante, qui allègue désormais avoir souffert de manière continue depuis l'accident survenu en septembre 2010, n'a en réalité consulté aucun spécialiste entre fin 2010 et 2015, soit entre les deux accidents de la circulation dont elle a été victime.

Au vu de ces éléments, force est de constater que l'appréciation du médecin d'arrondissement est convaincante de sorte qu'elle doit être suivie. Le fait que ce médecin n'ait pas examiné personnellement la recourante ne saurait justifier de s'écarter de son appréciation, dès lors que dans le cas d'espèce, le Dr L. _____ s'est prononcé sur la base du dossier médical complet de la recourante. Au demeurant, l'assurée ne possède pas de droit en tant que tel à être examinée par le médecin d'arrondissement.

Autrement dit, sur le plan somatique, c'est à juste titre que la CNA a considéré que les atteintes ne sont pas en lien de causalité avec l'accident du 5 septembre 2010.

b) Au cas où les troubles présentés par la recourante ne pourraient pas s'expliquer sur le plan organique, l'intimée a estimé, sur la base de la jurisprudence en matière d'accidents de type « coup du lapin », que sa responsabilité devait également être niée. Elle a cependant laissé ouverte la question de la causalité naturelle entre l'accident et les plaintes relatives, partant du principe que les conditions pour admettre la causalité adéquate n'étaient de toute manière pas réalisées.

Au vu de la jurisprudence en la matière (*cf. supra* consid. 4c *in fine*), l'accident de voiture subi par la recourante, à savoir une collision frontale alors qu'elle circulait à une vitesse d'environ 25 km/h dans un parking, peut être qualifié de gravité moyenne, à la limite d'un cas de peu de gravité. Il faut ainsi qu'au moins trois des critères développés par la jurisprudence soient réalisés pour que le lien de causalité adéquate puisse

être admis (*cf. supra* consid. 4c). Or en l'espèce, force est d'admettre que tel n'est pas le cas.

En effet, en premier lieu, on constate que les circonstances concomitantes de l'accident ne sont pas particulièrement dramatiques et que le caractère de l'accident n'est pas particulièrement impressionnant. Certes, l'avant gauche du véhicule de la recourante a été endommagé par le choc. Toutefois, au moment de l'impact, les protagonistes ne circulaient pas à une vitesse spécialement élevée. Après l'accident, la recourante a en outre été capable de déplacer son véhicule pour libérer la chaussée et ce avant l'arrivée de la police. On ne peut pas non plus considérer que l'assurée a subi des lésions physiques d'une gravité ou d'une nature particulière. Il s'avère que cette dernière a souffert de contractures et de douleurs musculaires suite à l'accident. La recourante n'a pas perdu connaissance et n'a pas été consulté le jour même de la collision. L'intéressée n'a pas non plus été soumise, durant une période prolongée, à un traitement médical spécifique et pénible, du moment que les soins administrés ont consisté, en substance, en des séances de physiothérapie et à la prise d'antidouleurs, traitements qui ont pu être arrêtés quelques semaines à peine après l'accident. Il ne résulte pas non plus de l'examen du dossier que les douleurs aient été d'une intensité particulière, la recourante n'ayant été en incapacité de travail que durant quelques jours. Enfin, et contrairement à ce que soutient la recourante, elle n'a pas été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident et il n'existe pas non plus de difficultés apparues au cours de la guérison, ni de complications importantes. La récurrence des douleurs n'est en outre documentée qu'à partir de 2015, ce qui constitue une interruption notable. Autrement dit, aucun des critères développés par la jurisprudence n'est réalisé en l'espèce.

Il ne ressort pas clairement du dossier que l'intéressée ait souffert de troubles psychiques prépondérants suite à l'accident du 5 septembre 2010. La production par la recourante du rapport médical de la Dresse P._____ pourrait laisser penser que tel est le cas. En tout état de cause, les conditions pour admettre l'existence d'un lien de causalité

adéquate ne seraient de toute manière pas réalisées. En particulier, si le critère des douleurs physiques persistantes pourrait à la rigueur être admis, ce n'est pas le cas des autres critères, notamment celui de la durée anormalement longue du traitement médical et celui du degré et de la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (*cf. supra* consid. 4c et 4d).

c) On constate ainsi que les critères développés par la jurisprudence pour admettre un lien de causalité adéquate ne sont pas réalisés dans le cas d'espèce. C'est donc à juste titre que l'intimée a considéré que sous l'angle de la jurisprudence applicable à un traumatisme de type « coup du lapin », la causalité adéquate ne pouvait pas non plus être admise. On précisera que même à considérer que l'accident se trouve dans la catégorie des accidents de gravité moyenne au sens strict, soit un accident qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité, le résultat est le même, puisque la recourante ne remplit tout au plus qu'un seul des critères jurisprudentiels.

Dans ces conditions, même si au vu des constatations médicales il semble peu probable que la recourante ait présenté un tableau clinique caractéristique d'une lésion du type « coup du lapin » ou d'une lésion assimilée, la question de la causalité naturelle peut rester indécise (ATF 135 V 465 consid. 5.1 et TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 4),

e) Au vu de ce qui précède, c'est donc à juste titre que la CNA a refusé de prendre en charge les frais médicaux de la recourante dans la mesure où les atteintes alléguées par cette dernière ne sont pas dans un rapport de causalité avec l'accident survenu le 5 septembre 2010.

9. Le dossier étant complet, permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu de donner suite à la mesure d'instruction requise par la recourante, à savoir la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire. En effet, une telle mesure

d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; *cf.* consid. 7b *supra*).

10. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée rendue par la caisse intimée.

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

c) Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, ne peut prétendre à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

d) Lorsqu'une partie au bénéfice de l'assistance judiciaire succombe, comme c'est le cas en l'espèce, le conseil juridique commis d'office est rémunéré équitablement par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272] par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant de l'indemnité au défenseur d'office doit être fixé eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès et 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 (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]).

En l'espèce, Me Hofstetter a produit une liste de ses opérations le 21 novembre 2017, laquelle a été contrôlée au regard de la procédure et rentre globalement dans le cadre du bon accomplissement du mandat. Compte tenu des heures de prestations d'avocat (6 heures et 36 minutes) et débours (105 fr.) s'inscrivant raisonnablement dans l'exercice de sa tâche (ATF 122 I 1), le montant total de l'indemnité de Me Hofstetter s'élève donc à 1'396 fr. 45 (TVA à 8% comprise).

La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendue attentive au fait

qu'elle est tenue de rembourser le montant dès qu'elle est 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 judiciaire et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ), en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de franchise ou d'acomptes depuis le début de la procédure.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
prononce :**

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 5 octobre 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

- IV. L'indemnité d'office de Me Gilles-Antoine Hofstetter est arrêtée à 1'396 fr. 45 (mille trois cent nonante-six francs et quarante-cinq centimes), débours et TVA compris.

- V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour R. _____),
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :