

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 mars 2019

---

Composition : Mme RÖTHENBACHER, présidente  
Mme Brélaz, juge, et Mme Gabellon, assesseure  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Daniel Strub, avocat à Fribourg,

et

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

---

**Art. 4 et 6 LPGA ; 6 al. 1 et 16 LAA**

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

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1975, était inscrite auprès de la Caisse cantonale de chômage, agence de [...], et assurée à ce titre auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée) pour les accidents professionnels et non professionnels. Elle devait reprendre son activité de serveuse au restaurant du [...] de [...] le 15 mars 2016.

Le 8 mars 2016, l'assurée s'est fait renverser par une voiture au moment où elle empruntait un passage piéton. Elle a été immédiatement transportée à l'Hôpital C.\_\_\_\_\_ où elle est restée quelques heures en observation. Un certificat médical attestant d'une incapacité de travail à 100% à partir de cette date a été établi par l'hôpital précité. L'assurée n'a pas repris d'activité professionnelle depuis lors.

Le 20 mars 2016, un rapport a été établi par la police de [...] à la suite de l'accident survenu. La CNA a pris en charge le cas en versant à l'assurée une indemnité journalière dès le 11 mars 2016.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] effectuée le 5 avril 2016 a mis en évidence, en C6-C7, une hernie discale paramédiane gauche et foraminale luxée crânialement entrant probablement en conflit avec la racine C7 homolatérale et exerçant un discret effet compressif sur le cordon médullaire sans myélopathie, ainsi qu'une cervico-discarthrose étagée touchant essentiellement les niveaux C4-C5 et C5-C6, entraînant une sténose canalaire discrète à modérée sans myélopathie.

Dans un rapport du 11 avril 2016, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a diagnostiqué une contusion de la face et hernie discale C6-C7 luxée. Ce médecin précisait que l'évolution était difficile, la patiente étant encore passablement fatiguée, ressentant des céphalées et souffrant de douleurs en lien avec sa cervico-brachialgie gauche déficitaire sur le plan de la sensibilité et du réflexe tricipital, tout en mentionnant que le pronostic

était probablement bon mais que l'affection pouvait se prolonger. Le traitement consistait en du repos, une collerette cervicale ainsi que des anti-inflammatoires non stéroïdiens et devait durer entre 6 et 8 semaines avec des consultations à quinzaine.

Dans un rapport initial de la CNA du 15 avril 2016, il est fait état, comme diagnostic, de contusions multiples. Il y est également mentionné que le véhicule qui avait percuté l'assurée roulait à une vitesse de 20 km/heure. Aucune circonstance particulière pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison n'était indiquée.

L'assurée a été examinée le 28 avril 2016 par le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie. Dans un rapport médical du 2 mai 2016, le médecin précité a indiqué que l'examen neurologique avait montré avant tout un important syndrome cervical, une atteinte radiculaire irritative et discrètement déficitaire uniquement sur le plan des réflexes alors que sur le plan moteur et sensitif, il n'y avait pas de véritable déficit mais plutôt des lâchages antalgiques. L'EMG de détection n'avait pas montré d'atteinte neurogène ni aiguë, ni chronique dans les myotomes C6-C7 et C8-D1 gauches et la neurographie cubitale effectuée par ce médecin en raison de paresthésies de localisation plutôt cubitale s'était révélée normale. Le rapport se concluait comme suit :

« Pour l'instant, il s'agit donc d'un syndrome cervico-brachial gauche avant tout irritatif mais assez intense sur une grosse hernie discale. On pourrait éventuellement, vu la persistance des douleurs malgré 2 mois d'évolution, mettre en route un traitement corticoïde sous forme de Millicortène à doses dégressives en commençant par 8 mg/j. Peut-être serait-il également justifié d'adresser directement la patiente à la consultation de Neurochirurgie surtout au cas où les douleurs devaient persister et bien entendu s'il devait s'installer une certaine parésie. »

Il est signalé, dans une fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crano-cervical du 10 juin 2016, que l'assurée avait spontanément fait état de céphalées et de douleurs de nuque immédiatement après l'accident. En revanche, aucune particularité n'était à mentionner en lien avec la mobilité de la colonne cervicale. Le diagnostic de contusions multiples (fronto-temporale G [gauche], cervicales basses, D5-D12, omoplate gauche et poignet droit) a

été posé et les signes cliniques selon la « Quebec Task Force » correspondaient à des douleurs de nuque de degré I avec douleurs/raideurs sans signe somatique et avec une mobilité normale.

Le 24 juin 2016, l'assurée a subi une intervention au Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_ (Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_), consistant en une cervicotomie antérieure, discectomie et mise en place d'une cage au niveau C6-C7.

Des séances de physiothérapie ont été prescrites à l'assurée à la suite de cette intervention.

Dans un rapport du 4 août 2016, faisant suite à une consultation ambulatoire du 20 juillet 2016, le Prof. D.\_\_\_\_\_, médecin chef au sein du Département des neurosciences cliniques du Centre hospitalier N.\_\_\_\_\_, a indiqué avoir mis en évidence une contracture musculaire au niveau du trapèze et a relevé que la patiente avait différentes douleurs qui n'étaient pas expliquées par le problème au niveau cervical. Il proposait d'effectuer une évaluation à ce niveau avec un médecin rhumatologue et de la revoir après trois mois avec une IRM cervicale.

En date du 15 août 2016, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI).

Dans un courrier du 24 août 2016 adressé à la CNA, le médecin traitant demandait à celle-ci de prendre en charge un soutien psychologique en faveur de l'assurée qui souffrait de peurs excessives depuis son accident, notamment quand elle s'engageait sur un trottoir. La CNA a accepté de prendre en charge ce soutien.

Par courrier du 30 septembre 2018, l'OAI a informé l'assurée qu'il lui octroyait une mesure d'intervention précoce, du 10 octobre 2016 au 24 février 2017, sous forme de modules externalisés visant à la soutenir et à faciliter une réinsertion professionnelle.

Il ressort d'un compte-rendu d'une entrevue ayant eu lieu le 10 octobre 2016 entre un représentant de la CNA et l'assurée que celle-ci souffrait toujours d'importantes douleurs dans la nuque, le dos et le bras gauche et qu'elle devait prendre de la morphine pour les atténuer. Elle a indiqué qu'elle poursuivait les séances de physiothérapie et d'ergothérapie à raison d'une fois par semaine.

L'assurée a séjourné du 11 au 14 octobre 2016 dans le Département de médecine de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_, en raison de troubles du sommeil dus à des hallucinations sur probable interaction médicamenteuse, lesquelles ont pu être résorbées grâce à l'adaptation du traitement médicamenteux.

Dans un rapport de consultation du 24 octobre 2016, le Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation et chef de clinique au sein du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier N. \_\_\_\_\_, a posé les diagnostics suivants :

« **Diagnostic principal :**

- Cervicobrachialgies gauches chroniques avec :
  - Status post-AVP [accident de la voie publique] (patiente renversée par une voiture sur un passage piéton) le 08.03.2016.
  - Status post-cervicotomie antérieure, discectomie et mise en place d'une cage au niveau C6-C7 [...]
  - Déconditionnement physique global et focal

**Diagnostics secondaires :**

- Probable état anxio-dépressif avec suivi psychiatrique spécialisé régulier »

Ce médecin a encore mentionné ce qui suit :

« **Discussion :**

Nous nous trouvons [...] face à une patiente qui présente des rachialgies à prédominance cervicale et lombaire, s'étant développées suite à un accident survenu le 08.03.2016, une brachialgie gauche améliorée suite à l'opération de juin 2016 et la persistance de douleurs axiales qui évoluent dans un contexte également de déconditionnement physique et psychique.

Sur le plan médicamenteux, j'ai opté pour le remplacement du Sirdalud 4 mg par du Sirdalud MR avec effet retard de 6 mg le soir. Sur le plan des investigations [...], il sera bienvenu de faire une imagerie de la colonne lombaire [...].

J'aurais tendance à proposer une évaluation et pourquoi pas une hospitalisation de rééducation à la Clinique G.\_\_\_\_\_ [recte : [...]] à [...] [...].

Sur le plan thérapeutique, je lui ai prescrit 9 séances de physiothérapie pour un reconditionnement global à sec et en piscine après lui avoir expliqué l'importance de l'activité physique dans des thérapies actives dans la phase chronique des douleurs rachidiennes. J'encourage la réalisation des séances d'ergothérapie. »

Compte tenu de la persistance des symptômes, l'assurée a séjourné auprès de la Clinique G.\_\_\_\_\_ (Clinique G.\_\_\_\_\_ ) du 31 janvier au 1<sup>er</sup> mars 2017 pour une prise en charge multidisciplinaire.

Une IRM de la colonne cervicale de l'assurée a été effectuée le 6 février 2017 à l'Hôpital S.\_\_\_\_\_. Le rapport y relatif, daté du 7 février 2017, se concluait comme suit :

« A l'étage cervical, status post-spondylodèse antérieure en C6-C7. Importante discarthrose avec rétrécissement canalaire modéré en C4-C5 avec effet de masse paramédian gauche sur le cordon médullaire mais sans signe de myélopathie ; léger rétrécissement canalaire également en C5-C6 sans effet de masse sur le cordon médullaire et sans signe de myélopathie. Léger rétrécissement foraminaux de C5 à gauche et de C3 des deux côtés, sur arthrose postérieure.

A l'étage lombaire, dessiccation des disques intervertébraux et léger bombement discal en L4-L5 et L5-S1 ainsi qu'arthrose postérieure avec hypertrophie des ligaments jaunes aux mêmes niveaux entraînant un minime rétrécissement canalaire en L4-L5 avec diamètre antéropostérieur du canal estimé à 9 mm, sans aucun conflit radiculaire.

Absence de rétrécissement foraminaux. »

Quant au rapport de radiographie de la colonne cervicale, colonne vertébrale en charge et colonne lombaire du 7 février 2017, il y était mentionné qu'au niveau lombaire, la hauteur des espaces intersomatiques et des corps vertébraux, bien alignés, était préservée.

L'assuré a subi une ENMG [électroneuromyographie] le 3 février 2017. Le rapport y relatif, daté du 13 mars 2017, se concluait comme suit :

« Cette patiente se plaint de la persistance d'une douleur maximale en continu, non modulée en intensité dans la région cervicale avec irradiation dans les bras et le long du dos depuis un AVP en avril 2016 avec mise en évidence tardive d'une hernie discale C6-C7 luxée vers le haut en para-médian gauche pour laquelle une cervicotomie antérieure avec discectomie et mise en place d'une cage a été effectuée en juin 2016.

L'évaluation clinico-électrophysiologique du jour n'apporte aucun argument en faveur d'une atteinte des structures nerveuses notamment proximale du MSG [membre supérieur gauche] ni d'une atteinte radiculaire de la région C6-C7 à gauche à l'origine des doléances de la patiente. En revanche, l'examen clinique révèle la présence de troubles sensitifs diffus du MSG, ainsi qu'une boiterie à la marche inconstante à gauche, signe évocateur d'une certaine surcharge fonctionnelle. »

Dans un rapport de la Clinique G. \_\_\_\_\_ du 27 avril 2017 établi à l'issue du séjour de l'assurée dans cette Clinique, il est fait état des diagnostics suivants :

« **DIAGNOSTIC PRINCIPAL**

- ***Thérapies physiques et fonctionnelles pour cervico-brachialgies gauches chroniques.***

**DIAGNOSTICS SUPPLEMENTAIRES**

- ***Discarthrose et uncarthrose C4-C5, C5-C6.***
- ***Cervicotomie antérieure, discectomie et mise en place d'une cage au niveau C6-C7 le 24.06.2016 pour cervicobrachialgies gauches sur hernie discale C6-C7 paramédiane gauche luxée vers le haut.***
- ***AVP en tant que piétonne le 08.03.2016 avec contusions multiples.***
- ***Lombalgies non spécifiques***
- ***Trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée***

**CO-MORBIDITES**

- ***Micro-ophtalmie gauche***
- ***Obésité (BMI=30.4 kg/m<sup>2</sup>)*** »

Le rapport fait également état de ce qui suit sous la rubrique « appréciation et discussion » :

« Les diagnostics suivants ont été posés au cours du séjour :

Sur le plan psychiatrique : trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (Cf. Consilium psychiatrique du 01.02.2017). En accord avec sa psychiatre traitante, nous avons ré-introduit le Trittico 100 mg qui, en fonction de l'évolution, pourrait être augmenté progressivement jusqu'à 300 mg. Pendant le séjour, la patiente a pu également bénéficier d'un suivi psychologique, afin de pouvoir travailler sur la douleur et sur les croyances et des séances de relaxation.

Sur le plan neurologique : l'ENMG du 03.02.2017 n'apporte aucun argument en faveur d'une atteinte des structures nerveuses notamment proximales du MSG ni d'une atteinte radiculaire de la région C6-C7 à gauche à l'origine des doléances de la patiente. La présence de trouble sensitifs diffus au MSG et la boiterie à la marche inconstante à gauche font évoquer une certaine surcharge fonctionnelle.

Sur le plan orthopédique : le bilan radiologique réalisé retrouve une discarthrose de C4-C5, C5-C6 et confirme le bon positionnement de la cage au niveau de C6-C7 et de la prothèse discale. Hormis un léger trouble statique dorsal n'expliquant pas les douleurs annoncées, il n'y a pas d'atteinte spécifique du rachis dorsal ou lombaire.

Sur le plan général, on relève la persistance d'une perturbation des tests hépatiques au bilan biologique effectué à l'entrée qui mériterait un contrôle et une recherche étiologique, chez une patiente ayant nettement diminué sa consommation médicamenteuse. »

Il est également mentionné que les plaintes et limitations fonctionnelles de la patiente ne s'expliquaient pas principalement par les lésions objectives constatées pendant le séjour et que des facteurs contextuels (absence de contrat de travail et de qualification reconnue, tendance au catastrophisme) jouaient un rôle important dans les plaintes et limitations fonctionnelles rapportées par la patiente et influençaient défavorablement le retour au travail. Les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ ont confirmé que la situation était stabilisée du point de vue médical et ont retenu comme limitations fonctionnelles définitives le port répété de charges supérieures à 10 kg et les mouvements répétitifs de la nuque. Ils ont précisé que la poursuite d'un traitement de physiothérapie ambulatoire avec balnéothérapie pouvait améliorer la qualité de vie de la patiente et n'ont proposé aucune nouvelle intervention. Au niveau du pronostic, celui-ci était défavorable dans l'ancienne activité en raison de facteurs non-médicaux chez une patiente qui était au chômage au moment de l'accident. Quant au pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles de la patiente, il était

limité dans la mesure où celle-ci sous-estimait le niveau d'activité qu'elle pouvait réaliser et où elle se présentait comme une invalide.

Un rapport du 8 mars 2017 a été établi à la suite d'un consilium psychiatrique qui a eu lieu le 1<sup>er</sup> février 2017, dans lequel la Dresse P.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie et cheffe de clinique au sein de la Clinique G.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée (F43.21). Ce médecin relevait que quelques jours avant l'entrée en clinique de la patiente, les médicaments distribués par le CMS auraient été perdus, alors que celle-ci avait débuté, durant une semaine, un traitement au Trittico 100 mg. Ce traitement a été réintroduit progressivement lors du séjour à la Clinique G.\_\_\_\_\_ jusqu'à 200 mg le soir avec ajout de Redormin 250 et de Circadin le soir également. Ce rapport fait encore état de ce qui suit :

« Suite à l'évaluation réalisée ce jour et à l'entretien téléphonique avec la Dresse Ambrosio, il apparaît que les éléments dépressifs sont actuellement au premier plan par rapport aux éléments post traumatiques qui handicapent peu la patiente. On retient la possibilité d'une automédication par Sirdalud et Stilnox [...], entraînant des épisodes hallucinatoires. Il s'agit donc d'être attentif durant le séjour à des troubles du comportement pouvant faire évoquer un abus de ces substances à type de confusion ou de troubles du comportement. Je retiens donc le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée. »

Le 10 août 2017, l'assurée a été examinée par le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement remplaçant auprès de la CNA. Ce médecin a notamment mentionné ce qui suit, dans son rapport du 16 août 2017, en lien avec l'appréciation du cas :

« [...]

Des limitations fonctionnelles définitives sont reconnues pour le port de charges répétées supérieures à 10 kg ainsi que les mouvements répétitifs de la nuque. On peut confirmer ces limitations.

[...]

Subjectivement, la patiente reconnaît que la situation médicale est inchangée depuis plusieurs mois. Les nuits sont très perturbées. La patiente ne peut effectuer aucun des travaux ménagers à domicile.

Elle se plaint d'hémicrânes G irradiant vers la ceinture scapulaire G mais également dans la région lombaire à G et le MIG. Des symptômes neurologiques sont rapportés par l'assurée sous forme de fourmillements et d'hypoesthésies du MSG. Le périmètre de marche n'excède pas 10 minutes et la patiente mentionne des difficultés à maintenir une position assis ou couchée prolongée.

Objectivement, la patiente est difficile à examiner. Les signes de Wadell sont tous positifs. Le moindre effleurement de la région cervicale ou lombaire entraîne des plaintes douloureuses. L'impression qui prévaut est celle d'une forte amplification des plaintes de la part de l'assurée.

Le traitement de physiothérapie ne semble pas apporter de soulagement durable, mais on peut maintenir 4 x 9 séances annuelles afin de prévenir une peu probable aggravation de la symptomatologie douloureuse de l'assurée.

Le suivi au Centre F. \_\_\_\_\_, à [...] ou à [...], doit être poursuivi. On conseille à l'assurée de tenter des infiltrations périradiculaires cervicales pour essayer de diminuer la symptomatologie douloureuse.

Dans une activité respectant les limitations fonctionnelles citées ci-dessus, la patiente peut faire valoir une pleine capacité de travail. »

Par courrier du 26 octobre 2017, la CNA a informé l'assurée qu'elle mettait fin au paiement des soins médicaux et de l'indemnité journalière avec effet au 30 novembre 2017, dans la mesure où l'examen médical auquel l'assurée avait été soumise avait révélé que celle-ci n'avait plus besoin de traitement pour ses troubles à la nuque. La CNA a encore précisé qu'elle examinerait son éventuel droit à d'autres prestations d'assurance.

Par décision du 5 décembre 2017, la CNA a refusé d'octroyer à l'assurée une rente d'invalidité, au motif qu'il n'y avait pas de diminution notable de la capacité de gain due à l'accident, dans la mesure où elle était à même d'exercer, à plein temps, une activité professionnelle dans différents secteurs de l'industrie, à la condition d'éviter le port répété de charges supérieures à 10kg et les mouvements répétitifs de la nuque. Sur nonante-sept descriptions de postes dans des entreprises vaudoises listées, tirées de sa base de données relative à des descriptions de postes de travail auprès de différentes entreprises suisses (DPT), la CNA en a retenu en particulier cinq, soit collaboratrice de production en tant

qu'opératrice redressage Lentulo (DPT n° 10454771) ou dans le domaine du montage (DPT n° 8464) ou du micro-soudage et assemblage automatique (DPT n° 14913547) ou encore de l'expédition-conditionnement (DPT n° 5829) ou fabricante d'instruments de mesure (DPT n° 8458). Ces activités lui permettaient de réaliser un revenu mensuel de 4'617 fr., 13<sup>ème</sup> salaire inclus. Comparé au revenu de 3'943 fr. par mois réalisable avant l'accident, il n'en résultait aucune perte économique indemnisable, ouvrant le droit à une rente d'invalidité. La CNA a en revanche octroyé à l'assurée une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 29'640 fr. (calculée sur un gain annuel de 148'200 fr.), compte tenu d'une atteinte à l'intégrité de 20%.

Le 19 décembre 2017, l'assurée, par l'intermédiaire de sa protection juridique, a fait opposition à la décision précitée, en concluant principalement à son annulation et au versement d'indemnités journalières au-delà du 30 novembre 2017 ou, à défaut, à ce qu'une rente d'invalidité lui soit accordée et, subsidiairement, à son annulation et à la mise en œuvre d'un complément d'instruction (expertise bidisciplinaire orthopédique et psychiatrique) avant de statuer à nouveau sur le droit aux prestations. L'assurée a complété son opposition le 31 janvier 2018, en se fondant en particulier sur deux rapports médicaux, l'un, daté du 22 janvier 2018, de la Dresse A.\_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, qui retenait des symptômes compatibles avec un PTSD (trouble de stress post-traumatique), une capacité de travail nulle dans l'activité habituelle et une reprise progressive dans une activité adaptée tenant compte des limitations fonctionnelles et de l'intérêt de l'assurée pour le contact humain, l'autre, daté du 24 janvier 2018, du Dr L.\_\_\_\_\_, qui diagnostiquait un état de stress post-traumatique massif ainsi qu'un état dépressivo-anxieux et considérait qu'il fallait tenir compte de l'aspect psychique (et non seulement organique) dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée. Il estimait que la capacité de travail était nulle dans l'activité habituelle et que celle-ci pouvait évoluer à l'avenir, sans se prononcer plus avant. L'assurée a fait ainsi valoir que les avis des Dr T.\_\_\_\_\_ et des médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ devaient

être écartés, dans la mesure où ils étaient contredits par les avis des Drs A. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_.

Dans un questionnaire du 23 février 2018 qui lui a été soumis par l'assurance de protection juridique de l'assurée, le Dr Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie et médecin-chef au sein du Département d'anesthésie et Centre d'antalgie de l'Hôpital C. \_\_\_\_\_, a indiqué qu'un lien entre les plaintes de l'assurée et l'accident était plausible, en relevant toutefois qu'aucun élément objectif au niveau de l'examen clinique ou du bilan radiologique ne permettait de lier ces événements avec certitude. Il a toutefois estimé que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité.

Par décision sur opposition du 2 mars 2018, la CNA, en se fondant en particulier sur le rapport d'examen final du Dr T. \_\_\_\_\_ du 10 août 2017 ainsi que sur le rapport des médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_, a rejeté l'opposition formulée par l'assurée, en considérant que celle-ci avait, sur la base des seules séquelles organiques de l'accident survenu le 8 mars 2016, une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Elle a en effet retenu qu'il n'y avait pas de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présents chez l'assurée et l'accident. A cet égard, la CNA a qualifié l'accident de gravité moyenne et a ainsi conclu que l'examen des critères jurisprudentiels ne permettait pas de considérer que cet accident avait eu une influence déterminante dans l'apparition ou le développement des troubles psychiques. La CNA a par ailleurs fait remarquer que la capacité résiduelle de travail de 100% dans une activité adaptée, fixée sur la base des seules séquelles organiques de l'accident survenu le 8 mars 2016, n'était en soi pas remise en question par la recourante et que celle-ci n'avait en outre formulé aucun grief à l'égard des éléments de comparaison (revenu avec et sans invalidité) ayant servi à déterminer le degré d'invalidité, si bien qu'il n'y avait pas lieu d'examiner plus avant cette question.

**B.** Par acte du 17 avril 2018, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) contre la décision sur opposition précitée, en concluant principalement à l'annulation de cette décision et à l'octroi d'une rente d'invalidité et, subsidiairement, à ce qu'une expertise médicale multidisciplinaire soit mise en œuvre. Elle fait valoir en substance qu'il existe un lien de causalité adéquate entre ses troubles psychiques et l'accident qu'elle qualifie d'accident de gravité moyenne supérieure, dès lors que le véhicule qui l'a percutée roulait, selon elle, à environ 40 km/heure. Ainsi, il n'y aurait pas lieu d'examiner les critères posés par la jurisprudence en matière de lien de causalité adéquate dans les cas de troubles psychiques. Elle démontre, à toutes fins utiles, que trois (circonstances particulièrement dramatiques de l'accident, plaintes corporelles permanentes et durée de l'incapacité de travail) des critères en question seraient réunis. Elle soutient également que les atteintes physiques dont elle souffre ont un impact sur sa capacité de travail. Enfin, elle estime que cette capacité est nulle dans toute activité, si bien qu'une rente équivalant à la perte totale de son revenu devrait lui être octroyée.

Par réponse du 25 juin 2018, la CNA a précisé qu'il fallait appliquer, en l'espèce, la jurisprudence relative aux troubles psychiques additionnels à une atteinte à la santé et non celle applicable en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident de type « coup du lapin », un accident analogue ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable. Elle soutient que la vitesse du véhicule lors de l'accident était d'environ 20 km/heure, permettant ainsi de qualifier cet accident de gravité moyenne, ce qui aurait pour conséquence de devoir examiner de toute façon les critères jurisprudentiels. A cet égard, elle estime que les trois critères mentionnés par la recourante ne sont pas réalisés en l'espèce, si bien que le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présents chez la recourante et l'accident doit être dénié. L'intimée retient par ailleurs qu'au vu du résultat des examens médicaux effectués, lesquels n'ont permis d'objectiver qu'une partie des douleurs de la recourante (discarthrose des vertèbres C4-C5 et C5-C6), elle était fondée à considérer que celle-ci disposait d'une pleine capacité

de travail dans une activité adaptée, tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Elle estime enfin que les documents médicaux produits par la recourante postérieurement à la décision du 5 décembre 2017 n'amènent aucun élément nouveau susceptible de remettre en cause le résultat de l'instruction médicale qu'elle a menée, aboutissant au refus d'octroi d'une rente d'invalidité.

Par réplique du 14 août 2018, la recourant a maintenu ses conclusions, tout en précisant qu'il était établi avec un degré élevé de vraisemblance que la vitesse du véhicule devait être plus proche des 40 km/heure que des 20 km/heure et en reprenant pour le surplus les arguments invoqués dans son recours.

Par écriture du 27 août 2018, l'intimée a renoncé à déposer formellement une duplique, dès lors que la recourante n'alléguait aucun élément nouveau dans sa réplique.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981 ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2. a)** Conformément à l'art. 61 let. c et d LPGA, le juge des assurances sociales établit les faits et le droit d'office, et statue sans être lié par les griefs et conclusions des parties. Son devoir d'examen d'office est toutefois limité par celui des parties de collaborer à l'instruction de la cause, d'alléguer les faits déterminants et de motiver leurs conclusions. Le juge n'est pas tenu, en particulier, de soulever d'office toutes les questions de fait ou de droit qui pourraient théoriquement se poser en rapport avec l'objet du litige. Il peut se limiter à traiter les griefs soulevés, hormis lorsqu'une lacune de la décision litigieuse ressort clairement du dossier et que sa rectification aurait une influence notable sur l'issue du procès (ATF 119 V 347 consid. 1).

**b)** Le litige porte en l'occurrence sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité pour la période postérieure au 30 novembre 2017.

**c)** On précisera que les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

**3. a)** Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). En vertu de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2 deuxième phrase). Selon l'art. 6 LPGA, est réputée incapacité

de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique.

**b/aa)** Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.).

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 (non-application du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2).

**bb)** En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être

considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées).

**cc)** En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne ou d'un traumatisme cranio-cérébral, on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (ATF 134 V 109 consid. 7 ss ; voir également ATF 117 V 359 consid. 6a).

Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et

atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (TFA U 96/00 du 12 octobre 2000 consid. 2b, in RAMA 2001 n° U 412 p. 79; cf. également ATF 134 V 109 consid. 9.5; TF 8C\_957/2008 du 1<sup>er</sup> mai 2009 consid. 4.2, 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 et 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1).

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**b)** 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, 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 p. 353 et les références citées ; TF 8C \_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**5.** La recourante fait tout d'abord valoir qu'il existe un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques qu'elle présente, attestés à la fois par son médecin traitant et par sa psychiatre, et l'accident survenu le 8 mars 2016.

**a)** On relèvera d'emblée qu'il y a lieu d'appliquer en l'espèce la jurisprudence relative au rapport de causalité entre un accident et des troubles psychiques et non celle relative aux accidents de type « coup du lapin », si tant est que l'on admette que la recourante a présenté des lésions appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme crânio-cérébral. En effet, comme le relève l'intimée, les plaintes en lien avec ces lésions ont été reléguées à l'arrière-plan par la présence d'une atteinte psychique indépendante, soit un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée ou trouble de stress post traumatique, qui est à l'origine de l'incapacité de travail actuelle. C'est d'ailleurs ce que constatait déjà la Dresse P.\_\_\_\_\_, psychiatre, dans son rapport du 8 mars 2017, en mentionnant que « les éléments dépressifs [étaient] actuellement au premier plan par rapport aux éléments post traumatiques qui handicap[aient] peu la patiente ».

**b)** En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime, la jurisprudence classe 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 ; 115 V 403 consid. 5c/aa ;

TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 3.1). Sont déterminantes 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\_816/2012 du 4 septembre 2013 consid. 7.2 et 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\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ;
- la durée anormalement longue du traitement médical qui ne saurait être examinée uniquement en fonction de la durée dudit traitement, mais eu égard à l'existence de traitements continus spécifiques et lourds ;
- les douleurs physiques persistantes ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;

- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. De manière générale, lorsque l'on se trouve en présence d'un accident de gravité moyenne, il faut un cumul de trois critères sur les sept susmentionnés ou au moins que l'un des critères retenus se soit manifesté de manière particulièrement marquante pour l'accident. En revanche, en présence d'un accident apparaissant comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, un seul des sept critères peut être suffisant. 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 de l'accident puisse être admis (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015 consid. 4.1 ; 8C\_651/2014 du 31 août 2015 consid. 6.1).

On ajoutera qu'il est admissible de laisser la question de la causalité naturelle ouverte lorsque ce lien ne pourrait de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1 ; TF 8C\_685/2015 du 13 septembre 2016 consid. 4.2 ; 8C\_434/2013 du 7 mai 2014 consid. 7.1).

**c)** En l'espèce, l'accident dont a été victime la recourante doit, compte tenu de son déroulement, être qualifié de gravité moyenne, à la limite des accidents de peu de gravité. Le choc subi à la tête a certes manifestement été brutal, dans la mesure où la recourante est tombée par terre et où elle a dû être amenée à l'hôpital. Celle-ci n'a toutefois pas été projetée lors de la collision, ce qui laisse supposer que le véhicule qui l'a percutée roulait à une vitesse limitée. Par ailleurs, les atteintes constatées juste après l'accident n'ont pas justifié une hospitalisation, puisque la recourante a pu regagner son domicile le jour-même. La CNA a, pour sa part, retenu un accident de gravité moyenne *stricto sensu*, ce qui au final ne change rien au résultat comme on le verra ci-après.

**d)** Il convient à ce stade d'examiner les critères posés par la jurisprudence.

S'agissant des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident, ce critère doit être examiné de manière objective, et non pas en fonction du ressenti subjectif de l'assuré, en particulier de son sentiment d'angoisse. Il faut souligner qu'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas à l'admission de la réalisation de ce critère (cf. concernant plus particulièrement ce critère : TF 8C\_78/2013 du 19 décembre 2013 consid. 4.3.2 ; 8C\_1020/2008 du 8 avril 2009 consid. 5.2 ;

U 56/07 du 25 janvier 2008 consid. 6.1 ; RAMA 1999 n° U 335 p. 207). Par ailleurs, il convient d'accorder à ce critère une portée moindre lorsque la personne ne se souvient pas de l'accident (TF 8C\_804/2014 du 16 novembre 2015, consid. 5.1.2). En l'espèce, à l'instar de la CNA, on ne saurait considérer ce critère comme réalisé. En effet, sans vouloir minimiser l'accident dont a été victime la recourante, force est de constater que celui-ci diffère fondamentalement des cas dans lesquels le Tribunal fédéral a admis la réalisation de ce critère (accident de la circulation dans un tunnel sur l'autoroute impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel, carambolage de masse sur l'autoroute ou conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci qui occupait le siège passager).

Concernant le critère de la gravité des lésions physiques, on observera que des contusions multiples, ainsi qu'une hernie discale, ne peuvent être considérées comme des lésions graves ou particulières. En outre, les lésions physiques présentées par la recourante juste après l'accident ne sont pas propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques.

Quant à la durée du traitement médical, il y a lieu de prendre en compte uniquement le traitement thérapeutique nécessaire (TFA U 369/05 du 23 novembre 2006 consid. 8.3.1). N'en font pas partie les mesures d'instruction médicale et les simples contrôles chez le médecin (TFA U 393/05 du 27 avril 2006 consid. 8.2.4). En outre, l'aspect temporel n'est pas seul décisif ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré (TF 8C\_566/2013 du 18 août 2014 consid. 6.2.3 et les références). On ne saurait à l'évidence considérer que le traitement ait été anormalement long ou que la recourante ait été astreinte à un traitement particulièrement lourd ou contraignant. En effet, hormis l'intervention de juin 2016, celui-ci a consisté en des séances de physiothérapie et d'ergothérapie ainsi que la prise d'antalgiques. Or, la prescription de traitements par manipulations même pendant une certaine durée - de même que la prise de médicaments antalgiques - ne répond pas au critère d'une durée anormalement longue des soins médicaux (cf. TF 8C\_98/2015 du 18 juin 2015 consid. 4.5.2 et les références citées).

Il existe certes des douleurs physiques persistantes chez la recourante. Les éléments font cependant défaut pour les qualifier d'objectivement importantes. En particulier, les divers examens neurologiques et radiologiques effectués n'ont pas permis de mettre en évidence une pathologie ou des lésions objectives susceptibles d'expliquer les douleurs ressenties par celle-ci. Les médecins de la Clinique G. \_\_\_\_\_ ont en particulier relevé que des facteurs contextuels (absence de contrat de travail et de qualification reconnue, tendance au catastrophisme) jouaient un rôle important dans les plaintes et les limitations fonctionnelles de la recourante. La Dresse P. \_\_\_\_\_ a également indiqué que les éléments post traumatiques handicapaient peu la patiente, les éléments dépressifs se trouvant au premier plan.

La recourante ne prétend pas qu'il y aurait eu des erreurs dans le traitement médical qui lui a été prodigué, ni des difficultés apparues en

cours de guérison ou des complications importantes, si bien que ces critères ne sont à l'évidence pas réalisés.

Enfin, le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques ne se mesurent pas uniquement au regard de la profession antérieurement exercée par l'assuré. Ainsi, ce critère n'est pas rempli lorsque l'assuré est apte, même après un certain laps de temps, à exercer à plein temps une activité adaptée aux séquelles accidentelles qu'il présente (TF 8C\_208/2016 du 9 mars 2017 consid. 4.1.2). En l'occurrence, une capacité de travail entière a été reconnue à la recourante dans une activité adaptée en août 2017, soit moins de 18 mois après l'accident. L'incapacité de travail s'est prolongée en raison de divers facteurs étrangers aux atteintes subies juste après l'accident, notamment en raison d'un trouble de l'adaptation avec réaction dépressive prolongée, si bien que l'on ne saurait considérer que ce critère est réalisé.

En définitive, aucun des critères mentionnés n'est rempli en l'espèce, de sorte qu'il y a lieu de constater l'absence de lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques présentés par la recourante et l'accident survenu en 2016, sans qu'il ne soit nécessaire d'examiner si la causalité naturelle est réalisée.

**6.** La recourante soutient, dans un second grief, que les séquelles physiques dont elle souffre, en particulier les lésions à la colonne cervicale, ont un impact sur sa capacité de travail et que cet impact aurait été minimisé, voire ignoré par l'intimée.

En l'occurrence, la CNA s'est fondée sur le rapport des médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ ainsi que sur le rapport d'examen final du Dr T.\_\_\_\_\_ pour considérer que la recourante avait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée tenant compte de ses limitations fonctionnelles. Sur le plan neurologique, les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ ont retenu, dans leur rapport du 27 avril 2017, qu'il n'y avait pas d'atteinte des structures nerveuses notamment proximale du membre supérieur gauche, ni d'atteinte radiculaire de la région C6-C7 à gauche. Sur le plan orthopédique, ces médecins ont mentionné une

discarthrose de C4-C5 et C5-C6, tout en confirmant le bon positionnement de la cage au niveau C6-C7 et de la prothèse discale. Ils ont précisé qu'hormis un léger trouble statique dorsal qui n'expliquait pas les douleurs ressenties, il n'y avait pas d'atteinte spécifique du rachis dorsal ou lombaire. Les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ ont ainsi conclu que la situation était stabilisée sur le plan médical et ont retenu comme limitations fonctionnelles définitives le port répété de charges supérieures à 10 kg ainsi que les mouvements répétitifs de la nuque. Ils ont précisé que le pronostic de réinsertion dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles précitées était limité pour des facteurs non médicaux (patiente qui sous-estimait le niveau d'activité qu'elle pouvait réaliser et qui se présentait comme une invalide).

Le Dr T.\_\_\_\_\_ a repris les constatations faites par les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ dans son rapport d'examen final du 10 aout 2017. Il a par ailleurs constaté l'existence de facteurs contextuels négatifs n'expliquant toutefois pas les limitations fonctionnelles alléguées par l'assurée. Ce médecin a en outre relevé qu'objectivement, la patiente était difficile à examiner, le moindre effleurement de la région cervicale ou lombaire entraînant des plaintes douloureuses, ce qui donnait l'impression d'une forte amplification des plaintes de la part de celle-ci. Il confirmait ainsi les limitations fonctionnelles retenues par les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_.

Les rapports médicaux produits ultérieurement par la recourante ne suffisent pas à remettre en doute les conclusions des médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ et du Dr T.\_\_\_\_\_, dont les rapports remplissent au demeurant les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder une pleine valeur probante (cf. consid. 4 *supra*). En effet, tant la Dresse A.\_\_\_\_\_ que le Dr L.\_\_\_\_\_ exposent que la capacité de travail de la recourant serait nulle dans toute activité pour des raisons psychiques (état de stress post traumatique). Or, le lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques constatés et l'accident doit être nié (cf. consid. 5 *supra*).

Le Dr Q.\_\_\_\_\_, quant à lui, se limite à indiquer qu'un lien entre les plaintes de l'assurée et l'accident est plausible, en relevant toutefois qu'aucun élément objectif au niveau de l'examen clinique ou du bilan radiologique ne permettait de lier ces événements avec certitude. Il tient compte également de facteurs psychologiques dans son appréciation quant à la capacité de travail de la recourante. Or comme on l'a vu, ces facteurs doivent être écartés dans l'évaluation de cette capacité. Ainsi, l'appréciation du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne saurait remettre en cause les avis des médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ et du médecin d'arrondissement de la CNA.

On relèvera encore que la CNA a tenu compte des atteintes à la nuque (cervico-brachialgies) présentes chez la recourante puisqu'elle a précisément retenu des limitations fonctionnelles (port de charges supérieures à 10 kg, mouvements répétitifs de la nuque) dans une activité adaptée.

C'est en définitive à bon droit que l'intimée a considéré que la recourante disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites par les médecins de la Clinique G.\_\_\_\_\_ et confirmées par son médecin-conseil.

**7.** La recourante ne conteste pas en tant que telle l'évaluation du degré d'invalidité effectuée par l'intimée, ni le taux de l'IPAI retenu, si bien qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus avant ces éléments.

**8. a)** Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 2 mars 2018 confirmée.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), le présent arrêt est rendu sans frais. Par ailleurs, la recourante n'obtenant pas gain de cause, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA *a contrario*).

**Par ces motifs,**

**la Cour des assurances sociales**

**prononce :**

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 2 mars 2018 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.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Daniel Strub (pour V. \_\_\_\_\_),
- 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 :