

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 1^{er} juillet 2020

Composition : M. MÉTRAL, président
MM. Neu et Piguet, juges
Greffière : Mme Raetz

Cause pendante entre :

Z. _____, à [...], recourante, représentée par Me Michèle Meylan, avocate
à Vevey,

et

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

Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. Z._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était employée par sa propre société, A._____. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 9 janvier 2018, l'intéressée a subi un accident de circulation au volant d'une [...]. Un véhicule venant en sens inverse, dont le conducteur avait perdu la maîtrise en raison d'un malaise, a percuté le rétroviseur puis la roue arrière gauche de la voiture la précédant, laquelle était arrêtée. Le conducteur fautif a ensuite terminé sa course en emboutissant l'avant-gauche de la [...]. Sous l'effet du choc, celle-ci a pivoté à droite, s'est déplacée puis a heurté le véhicule qui la suivait. L'assurée s'est tapée la tête contre la portière gauche. Elle a déclaré à la police ne pas avoir été blessée (cf. rapport de police établi le 1^{er} février 2018 et questionnaire du 5 juin 2018 de la CNA). Son accompagnant, assis sur le siège passager, n'a pas été blessé et ils sont sortis eux-mêmes de la voiture, du côté passager (cf. rapport du 17 décembre 2018 des médecins de la B._____).

Le jour-même, l'assurée a consulté le Dr Q._____, médecin auprès de C._____. Les radiographies de la colonne cervicale effectuées n'ont pas mis de lésions en évidence. Le Dr Q._____ a prescrit un traitement conservateur, le port d'une minerve cervicale, et a attesté une incapacité totale de travail jusqu'au 14 janvier 2018 (cf. rapports du 9 janvier 2018 des Drs Q._____ et R._____, radiologue). Le Dr Q._____ a retenu le diagnostic présumé de traumatisme cervical de degré II selon la classification Quebec Task Force. La patiente avait immédiatement ressenti des céphalées et des douleurs à la nuque après l'accident (cf. « fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical » complétée le 1^{er} juin 2018).

La CNA a pris le cas en charge.

Dans un rapport du 11 janvier 2018, consécutif à un CT-scan cervical réalisé le même jour, le radiologue a observé que l'examen n'avait pas mis en évidence de lésion osseuse traumatique.

Par certificats médicaux successifs, le Dr J._____, médecin généraliste traitant de l'assurée, a prolongé l'incapacité totale de travail. Il a également prescrit des séances de physiothérapie.

Au cours d'un entretien du 5 juin 2018 à la CNA, l'assurée a déclaré qu'elle avait immédiatement ressenti après l'accident des douleurs à la nuque, au plexus et à la tête du côté gauche, puis quelques heures plus tard, des maux de tête, des vertiges/vomissements et des troubles de la vision. A l'heure actuelle, elle se plaignait encore de douleurs à la nuque du côté gauche et sur le côté gauche de la tête, de vertiges, de vomissements et de troubles de la vue. Elle supportait difficilement la lumière et était très fatiguée. Elle avait porté une collerette durant deux mois après l'accident.

Dans un rapport du 16 août 2018, faisant suite à une imagerie par résonance magnétique (IRM) de la colonne cervicale, le radiologue a constaté l'absence de lésion post-traumatique visible, une unco-discarthrose débutante au niveau C5-C6 et C6-C7, et une petite hernie médiane paramédiane gauche en C6-C7 sans conflit radiculaire.

Dans un rapport biomécanique du 4 septembre 2018, le Dr V._____, spécialiste en médecine légale, et P._____, ingénieur, ont estimé que la variation de vitesse subie par la [...] par l'effet de la première collision était située entre 20 et 30 km/h. Pour la seconde, la variation était inférieure à 20 à 30 km/h.

Le 2 novembre 2018, le Dr J._____ a posé les diagnostics d'entorse cervicale, de contusion pariétale, de décompensation traumatique d'une uncarthrose et de vertiges post-traumatiques. A l'état

actuel, les douleurs cervicales persistaient. Le traitement consistait en de la physiothérapie et des antalgiques. Une reprise du travail à 50 % était prévue en janvier ou février 2019.

Dans un rapport du 15 novembre 2018, le Dr O._____, médecin-chef de l'unité de [...] du S._____, a posé les diagnostics d'hernie discale C6-C7 gauche non déficitaire, de céphalées et cervicalgies gauches non déficitaires, ainsi que de status post-coup du lapin en janvier 2018. Les cervicalgies gauches s'étaient améliorées. En revanche, la patiente avait développé des vertiges au cours des derniers mois. Le Dr O._____ a estimé qu'elle présentait des séquelles du coup du lapin de janvier 2018, les douleurs nucales irradiant vers la tête étant typiques. L'intéressée était non déficitaire et la petite hernie discale n'était pas liée à l'accident, mais pré-existante. Il a proposé une infiltration facettaire locale à la nuque et de recueillir l'appréciation d'un neurologue et d'un oto-rhino-laryngologue concernant les vertiges.

Les 27 novembre et 11 décembre 2018, l'assurée a bénéficié d'infiltrations à la nuque au S._____.

L'intéressée a séjourné à la B._____ (ci-après : la B._____) du 17 au 19 décembre 2018. Dans un rapport du 17 [recte : 19] décembre 2018, le Dr D._____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et le Dr K._____, neurologue, ont retenu le diagnostic de traumatisme cervical indirect sans lésion organique décelée, correspondant à un degré II de la classification Quebec Task Force. Ils ont relevé que l'assurée avait rapporté une amélioration globale de 50 % depuis l'accident. Le traitement était avant tout passif, avec des médicaments antalgiques et myorelaxants et depuis peu des injections anesthésiques locaux dans la nuque. La patiente décrivait encore des céphalées pariétales gauches s'étendant en hémicrânie, des vertiges et une sensation de blocage de la nuque. Ces symptômes étaient intermittents et de recrudescence capricieuse. L'assurée n'avait pas donné l'impression d'une souffrance prégnante au cours de l'entretien et n'avait pas opposé, durant l'examen physique, de comportement parasite.

Si les mouvements étaient opérés lentement, la nuque était souple et ne comportait pas de segment douloureux précis. L'examen neurologique pouvait être considéré dans les limites de la norme, sans signe d'atteinte radiculaire ou tronculaire. Toutefois, chez cette patiente se plaignant de sensations vertigineuses rotatoires, les épreuves de marche et de stabilisation avaient révélé une tendance à la déviation vers la gauche. Il ne pouvait donc être exclu qu'elle ait subi une contusion labyrinthique au cours du choc. En raison des sensations vertigineuses persistantes et des épreuves douteuses de stabilisation à l'examen neurologique, les médecins ont proposé la mise en œuvre d'un bilan otoneurologique. Enfin, il convenait d'orienter la patiente vers des méthodes actives de rééducation, par exemple en piscine. Les infiltrations n'avaient plus de sens. Une rééducation vestibulaire s'imposerait si le bilan otoneurologique révélait une atteinte spécifique. Une tentative de reprise professionnelle devrait être possible au cours du premier trimestre 2019. En annexe, était joint un rapport d'évaluation psychiatrique établi le 19 décembre 2018 par le Dr T._____, psychiatre, ne retenant aucun diagnostic psychiatrique.

L'assurée a été adressée au Dr L._____, oto-rhino-laryngologue au S._____, pour un bilan otoneurologique. Dans un rapport du 25 mars 2018, le Dr L._____ a relevé que l'examen clinique et instrumental était normal, sans signe de pathologie vestibulaire organique séquellaire du traumatisme cervical. L'audition était normale des deux côtés. Au vu du tableau clinique, la patiente présentait des vertiges chroniques non spécifiques après une entorse cervicale, d'origine fonctionnelle. Le bilan posturographique documentait une désorganisation multisensorielle de l'équilibre.

Le 30 avril 2019, la Dre F._____, médecin d'arrondissement de la CNA, a observé que l'événement du 9 janvier 2018 n'avait pas entraîné de lésion structurelle. L'assurée présentait des vertiges chroniques non spécifiques après une entorse cervicale, d'origine fonctionnelle. Il n'y avait plus aucun traitement en lien avec l'événement.

Par décision du 22 mai 2019, la CNA a mis fin à ses prestations avec effet au 31 mai 2019, en expliquant qu'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles dont se plaignait l'assurée ne pouvait être établi. La CNA a également refusé l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

Le 24 juin 2019, l'assurée, désormais représentée par Me Michèle Meylan, s'est opposée à cette décision.

Par décision sur opposition du 9 juillet 2019, la CNA a rejeté l'opposition et a retiré l'effet suspensif d'un éventuel recours. Elle a admis que l'assurée présentait encore un tableau clinique typique d'un traumatisme de type coup du lapin, sans se prononcer sur la causalité naturelle. En tout état de cause, un lien de causalité adéquate devait d'emblée être nié à la lumière de la jurisprudence. En effet, l'évènement accidentel devait tout au plus être classé dans la catégorie des accidents moyens à la limite des cas de peu de gravité et aucun des critères prévus par la jurisprudence n'était réalisé.

B. Par acte du 10 septembre 2019, Z._____, toujours représentée par Me Meylan, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mai 2019. Subsidiairement, elle a conclu au renvoi de la cause à la CNA pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle a demandé la restitution de l'effet suspensif au recours, requis la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire par la Cour ou par la CNA, et l'octroi de l'assistance judiciaire. Elle a soutenu que l'évènement du 9 janvier 2018 devait être qualifié d'accident de gravité moyenne. Les critères relatifs au caractère particulièrement impressionnant de l'accident, à la gravité ou la nature particulière des lésions, à l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible, aux douleurs physiques persistantes, ainsi qu'à l'importance de l'incapacité de travail, étaient

réalisés. Enfin, aucun facteur étranger à l'accident n'était propre à entraîner les troubles dont elle souffrait actuellement.

Dans sa réponse du 12 décembre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours.

Par décision du 19 décembre 2019, le juge instructeur a accordé à la recourante le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 10 septembre 2019, sous la forme de l'assistance d'office d'une avocate en la personne de Me Meylan.

Par ordonnance du 20 décembre 2019, le juge instructeur a rejeté la demande de restitution de l'effet suspensif, pour autant qu'elle ne soit pas d'emblée sans objet.

Le 25 mars 2020, le juge instructeur a rejeté la demande d'expertise, sur la base d'une appréciation anticipée des preuves et sous réserve d'un avis contraire de la Cour.

Me Meylan a produit la liste de ses opérations le 30 mars 2020.

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 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 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 compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale

vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 31 mai 2019. Entrent notamment en considération la poursuite du versement d'indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical, l'octroi d'une rente d'invalidité et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité.

3. Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sont applicables au cas d'espèce. En effet, selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), seules les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont encore régies par l'ancien droit.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé 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.

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 (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1).

c) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). La question de la causalité adéquate est une question juridique qu'il appartient à l'administration ou au juge de trancher, et non au médecin (TFA U 156/05 du 14 juillet 2006 consid. 4.2).

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

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue,

irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et réf. cit.). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

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

Dans le cadre du premier cas de figure, la méthode spécifique instaurée par la jurisprudence pour examiner le lien de causalité adéquate impose d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer les critères objectifs - dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif - formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1) :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;
- l'intensité des douleurs ;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ;
- l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. 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 (TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.2 et la référence citée).

5. 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).

6. En l'espèce, l'intimée a nié le droit de la recourante à des prestations au-delà du 31 mai 2019, en considérant que les troubles persistants après cette date n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 9 janvier 2018.

a) S'agissant du rapport de causalité naturelle, il y a lieu de relever qu'après l'accident, l'assurée s'est très rapidement plainte de douleurs à la nuque et à la tête, puis dans les heures qui ont suivi, de maux de tête, de vertiges, de vomissements et de troubles de la vision (cf. rapport du 1^{er} juin 2018 du Dr Q._____ et formulaire du 5 juin 2018 de la CNA). L'assurée souffre encore, en particulier, de céphalées pariétales gauches, de vertiges et d'une sensation de blocage de la nuque (cf. rapports du 19 décembre 2018 de la B._____ et du 25 mars 2018 du Dr L._____). Au vu du tableau clinique présenté par la recourante, le lien de causalité naturelle entre ces troubles et l'accident doit être admis.

b) S'agissant du rapport de causalité adéquate, le psychiatre de la B._____ a exclu une psychopathologie, de sorte qu'il y a lieu de

procéder à un examen sous l'angle du premier cas de figure mentionné au consid. 4d supra.

Concernant la classification de l'accident, il faut rappeler que l'assurée, au volant d'une [...], s'est fait emboutir l'avant-gauche par un véhicule venant en sens inverse, lequel avait déjà percuté la voiture la précédant. La variation de vitesse subie par la [...] par l'effet de la première collision est située entre 20 et 30 km/h. Sous la force du choc, la voiture s'est déplacée, a changé de trajectoire et a heurté un autre véhicule. Les dégâts subis à l'avant-gauche de la [...] étaient tels que la voiture n'a pas été réparée. En l'occurrence, on ne se trouve pas dans la situation d'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt devant un feu de signalisation, pour laquelle le Tribunal fédéral qualifie de manière générale l'accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (TF 8C_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2 ; 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2). Au vu du déroulement de l'accident subi par la recourante, celui-ci doit être classé parmi ceux de gravité moyenne au sens strict.

Il découle de cette qualification qu'au moins trois critères doivent être réalisés sans intensité particulière, ou un critère de manière particulièrement marquée, pour pouvoir admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles de la recourante.

En premier lieu, le critère des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est pas réalisé. Même si plusieurs véhicules étaient impliqués et que celui de la recourante a été propulsé, son passager et elle sont sortis eux-mêmes de leur véhicule. Elle a déclaré à la police ne pas avoir été blessée. Il en est allé de même des autres personnes impliquées dans l'accident. La survenance d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère.

Les lésions causées par l'accident ne peuvent pas non plus être qualifiées de particulières ou de graves. Les différents documents d'imagerie n'ont pas révélé de lésion traumatique. Le Dr L. _____ a exclu que les vertiges résultaient d'une contusion labyrinthique, comme suspecté par les médecins de la B. _____. Par ailleurs, contrairement à ce que soutient la recourante, le diagnostic de « syndrome du coup du lapin » ou d'entorse cervicale par « coup du lapin » de degré II selon la Quebec Task Force, et les troubles présentés à cet égard, ne suffisent pas à constater que ce critère serait rempli. En effet, la grille d'évaluation déterminée par le Tribunal fédéral s'applique précisément à ce type d'atteintes et les autres critères seraient d'emblée inutiles si l'on admettait l'argumentation de la recourante sur ce point.

Le traitement médical suivi par la recourante peut être qualifié de prolongé. Il ne peut en revanche être considéré comme pénible, puisqu'il a consisté en un port de minerve, en séances de physiothérapie, en infiltrations et en prise de médicaments.

On doit admettre la persistance des douleurs, documentée dans plusieurs rapports médicaux, mais celles-ci ne revêtent pas l'intensité particulière requise pour remplir ce critère. Les médecins de la B. _____ ont relevé que les symptômes décrits par la patiente étaient intermittents et de recrudescence capricieuse. Elle avait rapporté des crises de céphalées plus ou moins quotidiennes de quelques heures. Les médecins ont ajouté que l'assurée n'avait pas donné l'impression d'une souffrance prégnante au cours de l'entretien, même si elle avait déclaré souffrir de céphalées à ce moment. Elle n'avait de plus pas opposé, durant l'examen physique, de comportement parasite. S'agissant des douleurs à nuque, il est précisé qu'elles sont très modérées. Les médecins ont signalé que si les mouvements étaient opérés lentement, la nuque était souple et ne comportait pas de segment douloureux précis. La recourante avait de plus fait état d'une amélioration globale de 50 % des troubles depuis l'accident (cf. rapport du 19 décembre 2018). Enfin, le traitement est uniquement conservateur. Le critère de l'intensité des douleurs doit donc être écarté.

Il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, ni de complications importantes. Le seul fait que les infiltrations facettaires aient été interrompues, selon la recommandation des médecins de la B._____, puis reprises par la suite, ne constitue pas une erreur médicale ou une complication particulière.

En revanche, la recourante a présenté une incapacité totale de travail prolongée. Selon les médecins de la B._____, une tentative de reprise professionnelle devrait être possible au cours du premier trimestre 2019, soit plus d'une année après l'accident. Quant au médecin généraliste traitant, il a attesté une incapacité totale de travail même au-delà de cette période. Le point de savoir si la recourante a déployé des efforts reconnaissables pour reprendre le travail peut être laissé ouvert. En effet, le seul critère de l'incapacité de travail prolongée ne suffit pas à admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles encore présents.

c) Au vu de ce qui précède, la décision attaquée, mettant fin au versement des prestations au 31 mai 2019 faute de causalité entre l'accident et les troubles persistant au-delà de cette date, ne prête pas flanc à la critique.

7. Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire. En effet, l'examen de la causalité adéquate est une question juridique, devant être appréciée par l'administration ou par le juge, et non par les médecins. Par ailleurs, il n'est pas déterminant que différents médecins, auxquels se réfère la recourante, attribuent les symptômes qu'elle présente à l'accident du 9 janvier 2018, puisque la causalité naturelle a quant à elle précisément été admise (cf. consid. 6a supra). En définitive, la mise sur pied d'une expertise ne modifierait pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires.

La recourante n'obtenant pas gain de cause, elle n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). L'octroi de l'assistance judiciaire ne libère toutefois que provisoirement la partie qui en bénéficie du paiement des indemnités ; celle-ci est en effet tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire civile ; BLV 211.02.3]).

En l'occurrence, Me Meylan a déposé sa liste des opérations le 30 mars 2020, totalisant 9 heures et 40 minutes de travail, ainsi que 90 fr. 50 de débours, TVA comprise. Il apparaît que des opérations en lien avec l'Office des poursuites (établissement de deux réquisitions de poursuite, de courriers et un appel téléphonique) d'une durée totale d'une heure, ainsi que des débours relatifs à celles-ci, ont été comptabilisés. Cela ne relève manifestement pas de la présente procédure et n'a pas à être indemnisé dans ce cadre.

Partant, il y a lieu de prendre en considération 8 heures et 40 minutes effectuées, au tarif horaire de 180 fr., soit 1'560 francs. A cette somme s'additionne la TVA de 7,7 % par 120 fr. 10, pour un total de 1'680

fr. 10. A cela s'ajoute encore un montant forfaitaire des débours par 5 % du défraiement hors taxe (art. 3bis al. 1 RAJ), à savoir 78 fr. (5 % de 1'560 fr.), TVA de 7,7 % en sus, soit 84 francs. L'indemnité de Me Meylan est ainsi arrêtée à 1'764 fr. 10 (1'680 fr. 10 + 84 fr.), débours et TVA compris.

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

- I. Le recours est rejeté.
- II. La décision sur opposition rendue le 9 juillet 2019 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 Michèle Meylan est arrêtée à 1'764 fr. 10 (mille sept cent soixante-quatre francs et dix centimes), débours et TVA compris.
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Michèle Meylan (pour Z. _____)
- 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 :