

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 503 vom 30. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__503

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 503 du 30 novembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 503 del 30 novembre 2017

Regeste

ACCIDENT DE LA CIRCULATION, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE | 3 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 16

mai 2015. Pour ce qui était du bras de l'assurée, le Dr R. _____ n'avait enregistré aucun déficit lors de l'examen de la force aux membres supérieurs, étant rappelé que le médecin du CHUV n'avait retenu qu'une contusion au membre concerné. Après avoir rappelé la jurisprudence fédérale relative aux accidents avec traumatisme de la colonne cervicale ainsi que les critères jurisprudentiels pour l'appréciation de la causalité adéquate en cas d'accident de moyenne gravité, la CNA s'est par ailleurs prononcée comme suit : " c. Dans le cas présent, le sinistre assuré est à ranger tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de la banalité. Aussi, le déroulement de celui-ci n'était-il, objectivement, pas particulièrement impressionnant et était dénué de toute circonstance dramatique. Les lésions physiques subies, en l'absence de fracture, n'étaient pas graves ou de nature particulière. De même, l'on ne dénote pas d'erreur dans le traitement médical, ni de difficultés apparues au cours de la guérison, ni de complications importantes ; il n'y a pas eu d'administration d'un traitement médical spécifique continu et pesant : les thérapies prescrites se sont limitées à des médicaments antalgiques et anti-inflammatoires et à des séances de physiothérapie ; enfin, l'incapacité de travail n'est, au regard du rapport d'examen du Dr. M. R. _____, que de courte durée. d. Partant, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre les troubles affectant l'opposante et l'accident assuré devant être niée, il convient de reconnaître que la Suva était en droit de mettre un terme au versement de ses prestations au 12 octobre 2015. 7. Dans ces conditions, la décision querellée mérite d'être confirmée de sorte que l'opposition doit être rejetée". B. Par acte du 3 février 2016, P. _____, représentée par Me Duc, a formé recours contre la décision sur opposition du 4 janvier 2016, en concluant principalement à son annulation en ce sens que les prestations de l'assurances-accidents lui sont allouées sans limitation dans le temps, subsidiairement à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour mise en œuvre de mesures d'instruction complémentaires. Elle a également requis l'octroi de l'assistance judiciaire. Se prévalant de la violation du principe inquisitoire, la recourante a allégué qu'en présence d'un accident de type "coup du lapin" et de douleurs chroniques, l'intimée aurait dû mettre en œuvre une expertise pluridisciplinaire pour établir son état de santé, plutôt que de se fonder sur le seul avis du Dr R. _____, lequel l'avait examinée sommairement, sans tenir compte de ses plaintes et de ses limitations fonctionnelles. La recourante a également estimé que la causalité adéquate entre l'accident et son état de santé devait être admise, en présence d'un accident de type "coup du lapin" et des symptômes qu'elle présentait. A cet égard, elle a en

particulier allégué souffrir de douleurs particulièrement intenses depuis le jour de son accident, qui nécessitaient un traitement médicamenteux lourd, indiquant également avoir connu des complications en cours de guérison. Elle rappelait enfin que le certificat médical du Dr S. _____ indiquait clairement que son état de santé actuel était entièrement dû à l'accident du 16 mai 2015. Au terme de son écriture, la recourante a requis qu'une expertise pluridisciplinaire soit mise en œuvre aux fins d'établir le lien de causalité entre l'état de santé actuel et l'événement accidentel, de même que son audition personnelle lors d'une audience publique. A l'appui de son recours, la recourante a produit un document intitulé "fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical" complété par le Dr D. _____ le 21 août 2015. Par décision du 29 février 2016, la juge instructeur a accordé l'assistance judiciaire à l'assurée avec effet au 3 février 2016, avec exonération de frais et d'avances et désignation d'un avocat d'office en la personne de Me Jean-Michel Duc. Dans sa réponse du 15 mars 2016, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision entreprise. Elle a notamment rappelé que l'avis du Dr R. _____ remplissait les critères jurisprudentiels posés à la valeur probante d'une appréciation médicale, contrairement au certificat médical du Dr S. _____, dont les conclusions procédaient de la maxime "post hoc, ergo propter hoc". L'intimée a par ailleurs indiqué que le sinistre du 16 mai 2015 était à ranger tout au plus dans la catégorie des accidents de gravité moyenne, à la limite de la banalité, en l'absence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou de lésions graves, ce qui permettait d'exclure tout lien de causalité entre l'état de santé actuel de la recourante et l'événement accidentel du 16 mai 2015. Par réplique du 28 septembre 2016, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a produit une expertise neurologique du 23 septembre 2016 établie par le Dr Y. _____, spécialiste en neurologie et la Dresse C. _____, médecin interne, dont on extrait notamment ce qui suit: " (...). Nous avons retenus les diagnostics de : - bursite de l'olécrâne gauche post traumatique, épicondylite latérale du coude gauche, - syndrome douloureux d'insertion régionale du trapèze et du rhomboïde, - status post traumatisme avec distorsion cervicale (type whiplash stade II à la classification de Québec) et lombaire (pseudoradiculaire lombaire gauche), avec chronicisation des douleurs myotendineuses/facettaires cervicales et lombaires". D'après les Drs Y. _____ et C. _____, ces diagnostics étaient tous en lien direct avec l'accident du 16 mai 2015, dans la mesure où l'intéressée était capable de travailler à 100% et d'effectuer l'ensemble de ses tâches ménagères avant l'accident, ce qu'elle n'avait plus été capable de faire par la suite. S'agissant des douleurs dorsales, cervicales et lombaires plus diffuses, ils ajoutaient que la relation de causalité directe avec l'événement accidentel du 16 mai 2015 était uniquement possible, à cause de l'absence de limitations à l'examen clinique. La capacité de travail actuelle de la recourante était de 50% dans son activité habituelle, compte tenu de ses limitations douloureuses et de 75 à 80% dans une activité adaptée. Par duplique du 9 janvier 2017, l'intimée a produit une appréciation chirurgicale du 6 janvier 2017 établie par le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie et médecin auprès de la Division médicale de la CNA. Il a confirmé l'avis du Dr R. _____, notamment le fait que l'accident du 16 mai 2015 n'avait entraîné aucune lésion structurelle et que la recourante avait récupéré sa capacité de travail cinq mois après l'accident. Dans le cadre de son appréciation, le Dr H. _____ a rappelé que la dégénérescence discale cervicale était une affection fréquente, qui pouvait déjà exister bien avant l'âge de 40 ans, indépendamment d'une symptomatologie ou non. Quant aux hernies discales traumatiques, elles restaient très rares et dans les cas exceptionnels où elles étaient isolées (sans combinaison avec une atteinte osseuse ou

ligamentaire concomitante), elles étaient alors accompagnées d'une symptomatologie neurologique. D'après ses explications, une hernie discale pouvait être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêtait une importance particulière (traumatisme majeur, comme une chute de plusieurs mètres, une décélération importante, un mécanisme combiné de compression extension, etc.) et que les symptômes de la hernie discale (apparition rapide d'une radiculopathie typique en relation avec la localisation herniaire) apparaissent immédiatement (48 à 72 heures suivant le traumatisme), entraînant aussitôt une suspension de toute activité physique. Au vu de ces considérations, le Dr H. _____ était d'avis que la petite rupture de l'anneau discal L4-L5 avec une hernie discale foraminale gauche vue sur l'IRM lombaire du 20 août 2015 et la très discrète hernie discale médiane C5-C6 décrite sur l'IRM cervicale du 4 septembre 2015 ne pouvaient pas être mise en relation de causalité avec l'accident du 16 mai 2015, cet événement n'ayant de toute évidence pas entraîné un traumatisme cervical et lombaire susceptible de provoquer une hernie discale, ce d'autant que l'assurée n'avait pas présenté de radiculopathie typique en relation avec les localisations herniaires. Enfin, l'assurée présentait déjà lors de l'accident d'autres troubles dégénératifs que les discopathies, puisque selon l'IRM lombaire du 20 août 2015, il existait un tout début d'arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1. Le Dr H. _____ a également affirmé que l'accident du 16 mai 2015 n'avait entraîné aucune lésion structurelle au niveau du rachis et de la colonne cervicale, se référant à cet égard entièrement à l'examen clinique pratiqué par le Dr R. _____ le 5 octobre 2015. Il a apprécié la question de la distorsion cervicale comme suit: "L'assurée a probablement eu lors de l'accident du 16.05.2015 une distorsion cervicale (type whiplash stade II à la classification de Quebec) et lombaire, comme le diagnostique le Professeur, mais l'examen du Dr R du 05.10.2015 prouve que l'assurée avait, à 5 mois de l'accident, un status clinique dans les limites de la norme, sans séquelles de ces entorses. Le Professeur ne précise pas quelles seraient à son avis les séquelles de l'entorse cervicale, si ce n'est une chronicisation des douleurs myotendineuses à ce niveau. Rappelons ici que même lors de son examen du 13.05.2016, le neurologue décrivait une mobilité de la nuque normale et symétrique avec toutefois des douleurs dans les lombaires à la flexion de la nuque". Le Dr H. _____ a par ailleurs exclu la présence d'une épicondylite du coude gauche. L'IRM de ce membre n'avait montré aucun signe de cette maladie du coude, en l'absence d'hypertrophie tendineuse, d'hypersignal tendineux hétérogène, fissuraire ou kystique, de prise de contraste tendineuse et paratendineuse, d'œdème osseux et/ou péri tendineux, et ce en particulier au niveau de l'épicondyle latéral. L'imagerie n'avait mis en évidence qu'une légère infiltration liquidienne de faible importance dans la partie inférieure du chef latéral du triceps, qui ne pouvait qu'être mise en relation avec une contusion musculaire proche de la guérison complète. Enfin, s'agissant du syndrome douloureux d'insertion régionale du trapèze et du rhomboïde gauche évoqué par le Dr Y. _____, le Dr H. _____ a considéré qu'il ne pouvait être attribué à une lésion structurelle en relation avec l'accident, ce syndrome n'étant par ailleurs pas présent lors de l'examen du Dr R. _____. Dans ses déterminations du 30 janvier 2017, la recourante a confirmé ses conclusions. Elle a observé que le Dr H. _____ avait statué uniquement sur la base du dossier médical, sans l'avoir examinée personnellement. Elle a par ailleurs relevé que le Dr R. _____ n'avait pas pu constater certaines de ses limitations fonctionnelles, vu la brièveté de son examen. En particulier, il n'avait pas examiné son coude gauche. Le Dr Y. _____ et la Dresse C. _____ avaient clairement constaté un lien de causalité entre les atteintes au coude gauche et ses douleurs lombaires et l'accident du 16 mai 2015, leur constat se fondant sur un substrat organique contrairement à

ce qu'indiquait le Dr H._____. Par courrier du 26 avril 2017, la recourante a produit une facture de 1'887 fr. 40 relative aux frais de l'expertise privée effectuée par le Dr Y._____, et la Dresse C._____, dont elle a demandé la prise en charge provisoire, au titre de l'assistance judiciaire. Par courrier du 6 avril 2017, la juge instructeur a requis de la CNA qu'elle produise au dossier le rapport d'IRM du coude gauche du 27 octobre 2015 et l'attestation médicale du 21 avril 2016 du Dr S._____ auxquels s'est référé le H._____ dans son appréciation médicale du 6 janvier 2017. La CNA a adressé une copie du rapport d'IRM demandé le 12 avril 2017. Quant à l'attestation médicale du Dr S._____, la CNA a indiqué que cette pièce n'avait pas été versée au dossier, mais seulement mentionnée par le Dr H._____ après avoir consulté l'expertise du Dr Y._____, en ces termes: " si l'on se réfère à l'expertise du Professeur Y._____, le Docteur S._____ produit, le 21.04.2016, un document évoquant les diagnostics d'épicondylite du coude gauche post-traumatique depuis mai 2015 et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite ". Par courrier du 1 er mai 2017, la juge instructeur a informé la recourante que la question de la prise en charge des frais de l'expertise privée requise serait traitée sous l'angle de l'octroi de dépens et non au titre de l'assistance judiciaire, pour autant qu'une telle expertise se révèle utile à la solution du litige. Par courrier du 4 mai 2017, la recourante a conclu à ce que les frais de l'expertise privée effectuée par le Dr Y._____ et la Dresse C._____, d'un montant de Fr. 1'887 fr. 40, soit mis à la charge de l'intimée. Par courrier du 29 mai 2017, l'intimée a indiqué que l'instruction du cas menée n'était pas critiquable, de sorte que les frais découlant de l'expertise privée commandée par la recourante ne pouvait être mise à la charge de l'assurance-accidents. Par courrier du 21 août 2017, Me Duc a fait savoir à la juge instructeur que sa mandante maintenait sa requête d'audience publique. 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 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). c) Le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent, satisfait aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il 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 125 V 413 consid. 2c p. 417 ; 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 11 octobre 2015 en lien avec

l'accident du 16 mai 2015. Il s'agit singulièrement de déterminer si les atteintes dorsales et de la colonne cervicale, ainsi que celles que présente la recourante au coude gauche sont en relation de causalité avec ledit accident. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Conformément à l'art. 4 LPGa, est 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA). b) Aux termes de l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGa) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail au sens de l'art. 6 LPGa toute perte, totale ou partielle, d'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement 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 évènement 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'évènement 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser ■ Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929). 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). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2). Savoir si l'évènement 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 précité loc. cit. et 8C_734/2015 du 18 août 2016 consid. 6.1 [non publié à l'ATF 142 V 435]). 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 de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (TF 8C_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée ; cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 107 p. 930). 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. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 et 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

d) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 consid. 3.2.2). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que la CNA 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, raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

4. a) En l'occurrence, l'intimée a considéré que le statu quo sine était atteint dès le 11 octobre 2015, soit à cinq mois de l'événement accidentel du 16 mai 2015. Singulièrement, elle a nié tout lien de causalité entre les douleurs dont se plaignait encore la recourante à cette date et l'accident en question. Elle s'est essentiellement fondée sur l'appréciation de

son médecin d'arrondissement, le Dr R. _____, pour justifier sa position, ainsi que sur celle du Dr H. _____ dans le cadre de la procédure de recours. b) A la suite de son examen clinique, le Dr R. _____ a conclu à une importante discrédance entre les douleurs annoncées et ses propres observations, de sorte qu'il a retenu une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle dès le 12 octobre 2015. Au moment de la décision litigieuse, les Drs D. _____ et S. _____ étaient les seuls autres médecins à s'être prononcés sur la situation médicale de la recourante, retenant de part et d'autre les diagnostics de contusion et entorse cervicale (rapport médical intermédiaire du 15 juillet 2015), et de cervico-dorso-lombalgie post-traumatique (rapport médical intermédiaire du 16 septembre 2015, attestation médicale du 10 novembre 2015). Aucun des deux médecins précités n'a cependant étayé son diagnostic, le premier s'exprimant par ailleurs avant la réalisation des IRM lombaire et cervicale. Quant au Dr S. _____, il n'est pas certain qu'il ait pris connaissance du matériel radiologique au moment de poser son diagnostic. Dans ces conditions, il apparaît que l'avis de ces deux médecins n'étaient pas propres à remettre en cause les observations du Dr R. _____, lequel résultait de l'examen clinique du 5 octobre 2015. L'avis du Dr R. _____ a par la suite été confirmé et complété par le Dr H. _____ au terme d'une appréciation chirurgicale du 6 janvier 2017 largement documentée et étayée. Il s'est référé à l'IRM lombaire du 20 août 2015, laquelle a montré un tout début d'arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1 et une petite rupture de l'anneau discal L4-L5 avec une hernie discale foraminale gauche, ainsi qu'à l'IRM cervicale du 4 septembre 2015, qui faisait état d'une très discrète hernie discale C5-C6, pour exclure tout lien de causalité avec l'événement du 16 mai 2015. Selon lui, ces atteintes résultent de troubles dégénératifs, précisant que l'accident subi n'était pas susceptible d'avoir entraîné un traumatisme cervical et lombaire propre à provoquer lesdites hernies. La recourante semble néanmoins soutenir que ces atteintes pourraient être en lien avec l'événement du 16 mai 2015 (mémoire de recours, p. 11), ce qui n'est pas soutenable. En effet, on soulignera que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Ainsi, une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail (RAMA 2000 no U 378 p. 190 consid. 3 ; TF 8C_467/2007 du 25.10.2007). Dans son avis du 6 janvier 2017, le Dr H. _____ ajoute, comme condition complémentaire, l'absence de symptomatologie préalable à l'accident en rapport avec une hernie discale diagnostiquée (appréciation chirurgicale, p. 17). En l'occurrence, l'événement du 16 mai 2015 ne répond manifestement pas à la définition de l'accident d'une importance particulière et appropriée pour causer une lésion des disques. En effet, il ressort des éléments au dossier que l'accident de la route subi par la recourante résulte d'une collision entre son véhicule en stationnement et un autre véhicule qui prenait un stationnement (cf. constat amiable d'accident automobile). Le choc découlant d'une collision entre un véhicule à l'arrêt et un autre cherchant à se parquer n'a pas pu entraîner de traumatisme à haute énergie, étant encore signalé que l'airbag ne s'est pas déclenché et que le véhicule a pu reprendre la route suite à l'accident. Par ailleurs, l'origine traumatique de la hernie discale médiane C5-C6 et la petite rupture de l'anneau discal L4-L5 peut être exclue dans la mesure où il n'apparaît pas que les

symptômes caractéristiques de l'atteinte (radiculopathie) en lien avec les localisations herniaires soient apparus immédiatement après le traumatisme. Enfin, ainsi que le relève le Dr H. _____, l'assurée présentait déjà lors de l'accident d'autres troubles dégénératifs que les discopathies, puisque sur l'IRM lombaire du 20 août 2015 montrait un début d'arthrose postérieure L4-L5 et L5-S1. Au vu de ces éléments, on peut exclure l'origine traumatique des hernies discales constatées sur les IRM lombaire et cervicale, étant encore rappelé que la hernie discale traumatique est une affection exceptionnelle et d'autant plus rare en l'absence d'une atteinte osseuse ou ligamentaire, comme c'est le cas en l'espèce. c) La recourante soutient par ailleurs qu'elle a été victime d'un accident de type "coup du lapin", le lien de causalité adéquate pouvant être établi selon elle au regard de la gravité de l'accident dont elle a été victime, des complications rencontrées en cours de guérison, de son traitement médicamenteux qu'elle qualifie de lourd et de son incapacité totale de travail depuis le jour de l'accident (mémoire de recours, p. 11). En matière de lésions du 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, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de vingt-quatre heures à, au maximum, septante-deux 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 les références citées). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 ; ATF 117 V 359 consid. 4b). Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais 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). Tous ces

critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). En l'espèce, selon la fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical complétée par le Dr D. _____ le 21 août 2015, la recourante a souffert de trou de mémoire après l'accident, de céphalées, de nausées, de troubles de l'audition et de troubles du sommeil. Le lien de causalité naturelle doit en principe être reconnu en présence d'un tableau clinique typique (TTC) présentant de multiples plaintes comme en l'espèce, étant tout de même souligné qu'en l'occurrence, une grande partie d'entre elles n'ont été rapportées qu'après coup, par la recourante à son médecin-traitant. En effet, au jour de l'accident, la recourante ne s'est plainte que de douleurs à l'hémicorps gauche jusqu'au tronc, ainsi que de douleurs de la colonne cervicale. Elle n'avait alors présenté aucune perte de connaissance, ni amnésie (faxmed de sortie du 17 mai 2015 établi par la Dresse Villarroel). Cela étant, on peut laisser ouvert le point de savoir si la recourante a présenté des symptômes dus à un traumatisme cervical de type «coup du lapin». En effet, même si l'on tenait pour établie l'existence d'atteintes à la santé en relation de causalité naturelle avec un traumatisme cervical survenu le 16 mai 2015, il conviendrait de nier l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces atteintes et l'événement assuré. Comme déjà observé ci-avant (supra consid. 4b), l'accident ne présentait manifestement pas un caractère particulièrement impressionnant ni n'a occasionné de circonstances particulièrement dramatiques. En effet, lors de l'accident, la recourante se tenait sur le siège passager de la voiture, sans être attachée. L'accident s'est néanmoins produit à faible vitesse. La recourante a glissé du siège au moment du choc pour se retrouver recroquevillée en bas de celui-ci. Elle a heurté ses coudes, mais pas la tête. Aucune circonstance particulière n'est à relever dans le contexte de l'accident, qui peut dès lors être qualifié de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (pour comparaison : TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 9, TF 8C_655/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.1, TF 8C_9/2008 du 17 septembre 2008 consid. 6.1.2, TF 8C_33/2008 du 20 août 2008 consid. 7.2). L'accident n'a pas non plus entraîné des lésions physiques particulières, si ce n'est des douleurs dorsales et au coude. Le traitement médical n'a pas donné lieu à des hospitalisations. Il a consisté pour l'essentiel en de la physiothérapie et la prise d'anti-inflammatoires et myorelaxants. L'assurée n'a pas non plus dû se faire administrer un traitement médical spécifique et pénible de façon prolongée. Par ailleurs, il n'y a pas eu d'erreur dans le traitement médical ayant entraîné une aggravation notable des séquelles de l'accident, ni de douleurs intenses, du moins imputables à l'accident. Il s'ensuit qu'on ne saurait admettre un rapport de causalité adéquate entre les douleurs cervicales rapportées par la recourante et l'événement du 16 mai 2015. Le constat selon lequel il n'y a pas de lien de causalité entre l'accident du 16 mai 2015 et les hernies discales d'une part et les douleurs dorsales et cervicales d'autre part n'est contredit par aucun élément pertinent au dossier. Il faut constater que le Dr S. _____, tout comme les Drs Y. _____ et C. _____ ne communiquent pas de motif objectif qui expliquerait les douleurs alléguées par la recourante, ni ne font état de symptômes ou de constats cliniques qui aurait été ignorés par les médecins de la CNA. Ils procèdent bien davantage d'un raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" pour justifier le lien de causalité entre les douleurs du rachis rapportées par la recourante et l'accident du 16

mai 2015. En effet, pour le Dr S. _____, les lésions observées au niveau des structures cervicales et lombaires "peuvent ne pas provenir de l'accident", néanmoins il constate que c'est à partir de l'accident que la santé générale de la recourante s'est dégradée avec un impact négatif sur sa vie familiale et professionnelle (attestation médicale du 10 novembre 2015). Quant aux Drs Y. _____ et C. _____, ils expliquent que les diagnostics de douleurs facettaires lombaires hautes avec syndrome pseudoradiculaire gauche et les douleurs d'insertion régionale (insertion trapèze et rhomboïde gauche) sont en lien direct avec l'accident, la patiente étant avant l'accident parfaitement apte à travailler à 100% et à effectuer l'ensemble des tâches ménagères que nécessite le maintien d'un foyer (expertise monodisciplinaire neurologique du 23 septembre 2016, p. 10). Or il est constant que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; cf. surpa consid. 3c). En définitive, il y a lieu de retenir que l'accident du 16 mai 2015 n'a entraîné aucune lésion structurelle au niveau du rachis. En particulier, les hernies lombaires et cervicales mises en évidence par les IRM réalisées par la recourante ne sont pas en lien de causalité avec l'accident de circulation, celui-ci n'étant pas suffisamment important pour provoquer de telles atteintes. De même, si la recourante a subi un traumatisme cervical au moment de l'accident, le lien de causalité avec les douleurs qu'elle présente encore plusieurs mois après cet événement n'a pas pu être établi. On rappellera également que les Drs Y. _____ et C. _____ n'ont qualifié que de "possible" la relation de causalité directe entre les douleurs dorsales, cervicales et lombaires et l'accident, compte tenu de l'absence de limitations à l'examen clinique (expertise monodisciplinaire neurologique du 23 septembre 2016, p. 10). A cet égard, il apparaît dès lors que le rapport du Dr R. _____ et ses conclusions quant aux atteintes du rachis ne portent pas le flanc à la critique. 5. La recourante se plaint également de douleurs au coude gauche, en lien avec l'événement accidentel du 15 mai 2015. Les plaintes au coude gauche sont évoquées la première fois par le Dr D. _____ dans son rapport du 15 juillet 2015, qui pose le diagnostic de contusion aux bras, puis par le Dr S. _____, pour qui la "lésion de coude gauche est une conséquence directe de [l']accident" (attestation du 10 novembre 2015). La recourante a fait l'objet d'un examen clinique spécialisé par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr R. _____, le 5 octobre 2015, lequel a relevé que les plaintes de la recourante siégeaient au niveau du rachis, sans mention de douleurs au coude gauche. Il a également observé qu'à sa demande, la recourante ne lui avait signalé ni paresthésie, ni parésie aux membres supérieurs. Quant aux Drs Y. _____ et C. _____, ils ont retenu au niveau de ce membre les diagnostics de bursite de l'olécrâne gauche post-traumatique et d'épicondylite latérale du coude gauche, se fondant sur un avis de leurs confrères radiologues des [...] qui confirmaient, après visualisation de l'IRM du coude réalisée le 27 octobre 2015, que l'allure des lésions était typique d'un traumatisme de haute énergie et qu'une sollicitation quotidienne du coude dans le cadre professionnel ne saurait expliquer l'allure contusionnelle des muscles précités, ce d'autant que la recourante était droitrière et qu'elle sollicitait rarement son membre supérieur gauche. Cet avis ne figure cependant pas au dossier. Le Dr H. _____ exclut quant à lui le diagnostic de bursite et d'épicondylite, l'IRM du 27 octobre 2015 ne révélant aucun signe de cette affection du coude. En particulier, aucune hypertrophie tendineuse, aucun hypersignal tendineux hétérogène, fissuraire ou kystique, aucune prise de contraste tendineuse et para-tendineuse et aucun œdème osseux et/ou péri-tendineux n'a pu être mis en évidence. Quant à l'infiltration liquidienne de faible importance révélée par l'IRM, elle ne concernait qu'une

petite zone et n'était associée à aucune lésion tendineuse ou musculaire, à aucune lésion des tissus mous avoisinant ni à un œdème. Si l'infiltration liquidienne devait être mise en relation avec un traumatisme subi au moment de l'événement accidentel, elle ne pouvait que résulter, en l'absence de tout phénomène inflammatoire, d'une contusion musculaire proche de la guérison complète, ne pouvant entraîner de symptomatologie notoire. Il ressort de ces différentes appréciations que le lien de causalité entre les plaintes de la recourante et l'événement accidentel ne se vérifie pas au regard de l'appréciation médicale formulées par les médecins-traitants et les experts Y._____ et C._____. En effet, le Dr D._____ n'évoque qu'une contusion aux bras, ce qui ne suffit pas à expliquer les plaintes de la recourante au coude gauche à sept mois de l'accident. Le premier rapport médical du Dr S._____ du 16 septembre 2015 ne mentionne aucune douleur au coude alors que dans son second avis, daté 10 novembre 2015, il se contente d'indiquer que la lésion au coude gauche est une conséquence directe de l'accident, sans apporter le moindre élément médical pertinent permettant de relier la symptomatologie de l'assurée avec l'accident de la circulation. Quant aux Drs Y._____ et C._____, leur appréciation n'est pas convaincante. Mandatés par la recourante dans le cadre d'une expertise neurologique, ces médecins ne se sont pas exprimés personnellement sur l'atteinte au coude. En revanche, ils rapportent les propos de confrères radiologues à qui ils ont demandé un avis, lequel ne figure même pas au dossier, ce qui n'est pas suffisant pour remettre en cause l'appréciation du Dr H._____ à ce sujet. On retiendra, en définitive, que seul le Dr H._____ s'exprime de manière convaincante sur l'atteinte au coude de l'assurée, dans le cadre d'une appréciation chirurgicale largement étayée. Ainsi, en l'absence d'élément concret susceptible d'ébranler les observations et l'appréciation médicale de ce dernier médecin, on ne voit pas de raison de s'écarter de ses conclusions. On rappellera au demeurant que l'examen du Dr R._____ n'avait pas porté sur le coude gauche de la recourante, les plaintes de celles-ci siégeant uniquement au niveau du rachis. Ce n'est ainsi pas en raison de la brièveté de l'examen invoquée par la recourante que la douleur au bras n'a pas fait l'objet d'une attention particulière de la part du Dr R._____, mais bien l'absence de plainte de celle-ci s'agissant de ce membre au cours de l'examen clinique. Cela coïncide avec les observations du médecin-traitant, le Dr S._____, qui n'a pas rapporté de douleurs au niveau du bras gauche dans son rapport du 16 septembre 2015. 6. Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la recourante ne présentait plus, au degré de la vraisemblance prépondérante, d'atteinte en tant que conséquences de l'événement accidentel du 16 mai 2015 au-delà du 12 octobre 2015. Finalement, en retenant un statu quo sine intervenu cinq mois après l'événement du 16 mai 2015, la CNA n'a pas violé le droit. Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 ; ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et TF 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il y a ainsi lieu de rejeter la requête d'expertise pluridisciplinaire de la recourante. Au surplus, la recourante et l'intimée ont eu tout loisir de s'exprimer au cours de la présente procédure de sorte que la tenue d'une audience apparaît superflue. 7. Le recours doit dès lors être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. a) La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA). b) Par ailleurs, la recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). En vertu de l'art. 45 al. 1 LPGA, les frais occasionnés par les mesures d'instruction indispensables à l'appréciation du cas sont

pris en charge par l'assureur. Selon la jurisprudence, les frais d'expertise privée peuvent être inclus dans les dépens mis à charge de l'assureur social, lorsque cette expertise était nécessaire à la résolution du litige (ATF 137 V 210 consid. 4.4.2 135 V 473, 115 V 62 ; TF 9C_136/2012 du 20 août 2012 consid. 5 et la référence). Tel est notamment le cas lorsque l'état de fait médical ne peut être établi de manière concluante que sur la base des éléments recueillis et produits par la personne assurée, si bien que l'on peut reprocher à l'assureur de n'avoir pas établi, en méconnaissance de la maxime inquisitoire applicable, les faits déterminants pour la solution du litige. Dans le cas d'espèce, les frais d'expertise privée ne peuvent être pas mis à charge de l'intimée, dès lors que la recourante n'a pas droit à des dépens. En outre, même dans le cas contraire, les frais d'expertise n'aurait pas pu être mis à charge de l'intimée, dans la mesure où l'expertise des Drs Y._____ et C._____ ne s'est pas révélée déterminante pour l'issue du litige. c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, comme c'est le cas en l'occurrence, le conseil juridique commis d'office est rémunéré par le canton (art. 118 al. 1 let. a et c CPC [code fédéral de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art.

E. 18

al. 5 LPA-VD). L'indemnité due à l'avocat commis d'office doit être fixée 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 (cf. art. 2 al. 1 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; RSV 211.02.3]). d) Il y a donc lieu, dans le présent arrêt, de fixer la rémunération de l'avocat d'office. En l'espèce, Me Duc a chiffré à 36 heures et 15 minutes le temps consacré au dossier de la recourante. Il a toutefois inclus dans sa liste des opérations qui ne concernent pas le litige opposant sa cliente à la CNA, tels que des courriers à l'Office de l'assurance-invalidité, à la Caisse de compensation AVS et à des compagnies d'assurances, ainsi que des opérations liées à une réclamation en responsabilité civile. Ces opérations, y compris les nombreux courriers à la Dresse C._____, ne sauraient être prises en compte au titre de l'assistance judiciaire accordée dans le cadre de la présente cause. En définitive, au vu des éléments précités ainsi que du temps effectif de l'audience, le temps total consacré doit être réduit à 28 heures et 25 minutes. C'est ainsi un montant de 3'761 fr. 65 (19 heures et 20 minutes au tarif horaire de 110 fr. et 9 heures et 5 minutes au tarif horaire de 180 fr.) qui doit être reconnu à titre d'honoraires pour les opérations effectuées pendant la période considérée, plus TVA à 8 % d'un montant de 300 fr. 95. Au demeurant, l'avocat d'office a droit au remboursement de tous les débours qui s'inscrivent raisonnablement dans l'exécution de sa tâche (ATF 122 I 1 consid. 3a). En l'occurrence, c'est un montant de 37 fr. 10 (après déduction d'une lettre signature destinée à l'OAI), TVA à 8% en sus, soit 2 fr. 95, qui doit être reconnu à ce titre. Au total, l'indemnité d'office doit ainsi être fixée à 4'102 fr. 65. La rémunération du conseil d'office est provisoirement supportée par le canton, la recourante étant rendu attentive au fait qu'elle est tenue de rembourser ce montant dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de remboursement (art. 5 RAJ).