

VD_GERICHTE ZA13.006651 vom 11. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.006651

FR: VD_GERICHTE ZA13.006651 du 11 juillet 2014

IT: VD_GERICHTE ZA13.006651 del 11 luglio 2014

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 16/13 - 77/2014 ZA13.006651 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 11 juillet 2014 _____ Présidence de Mme DI FERRO

DEMIERRE Juges : M. Neu et Mme Thalmann Greffier : M. Germond ***** Cause
pendante entre : C. _____, à La Tour-de-Peilz, recourante, représentée par Me Jean de
Gautard, avocat à Vevey, et Z. _____, à Berne, intimée, représentée par Me Séverine
Berger, avocate à Lausanne. _____ Art. 4, 6, 43 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 10
al. 1, 16 et 36 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. C. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1967, est
assurée auprès de Z. _____ (ci-après : Z. _____ ou l'intimée) pour les suites des
accidents professionnels et non professionnels ainsi que les maladies professionnelles du
fait de son emploi à temps partiel (taux de 30 %), depuis le 1er mai 2007, de technicienne
en radiologie auprès du Dr S. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique à [...]. Le 24
janvier 2012, l'assurée a été victime d'un accident de la voie publique. Alors qu'elle
circulait à Amphion (F), son véhicule a été percuté à l'arrière gauche par un véhicule tiers
immatriculé en France. Dans un rapport du 21 février 2012 à Z. _____, le Dr
S. _____ a indiqué que son employée souffrait d'une entorse du rachis cervical (coup du
lapin) entraînant des douleurs diffuses musculaires avec limitation fonctionnelle de la
mobilité, traitées au moyen du port d'une minerve et la prise de médicaments
anti-inflammatoire et myorelaxant. Ce chirurgien orthopédiste précisait l'absence de
cervico-brachialgies, de déficit sensitivomoteur des membres supérieurs et inférieurs de
l'assurée. Il était alors dans l'impossibilité de se prononcer sur l'évolution du cas particulier
sur le long terme. Au terme d'un rapport du 28 mars 2012 adressé au Dr P. _____,
médecin traitant de l'assurée, le Dr V. _____, spécialiste en radiologie et
neuroradiologie, a relevé ce qui suit sur l'état de santé de l'assurée : "CONCLUSION
Radiographie de la colonne cervicale de ce jour est sans lésion osseuse. Perte de la lordose
physiologique probablement une position antalgique."

- 3 - Dans un rapport du 10 avril 2012 adressé à l'assureur- accidents, le Dr S. _____ a
notamment mentionné s'agissant des circonstances de l'accident que la tête de l'assurée
n'avait pas percuté l'appui-tête du véhicule et qu'après l'accident, celle-ci avait été en
mesure de poursuivre sa route au volant du véhicule accidenté. Le Dr S. _____ indiquait
que les jours suivants, soit du 25 janvier au 26 janvier 2012 uniquement, l'intéressée s'était
trouvée en incapacité de travailler. Ce médecin retenait le diagnostic provisoire de douleurs
de nuque et troubles ostéo-musculaires. Il relevait en particulier s'agissant des indications
de la patiente, des céphalées, des douleurs de nuque, des vertiges, des nausées, des troubles
de la vue et du sommeil apparus dans les suites immédiates du choc subi. Les douleurs au
niveau de la mobilité de la colonne cervicale étaient présentes en flexion/extension, rotation

à droite/à gauche et en inclinaison latérale gauche. S'y ajoutaient aussi des douleurs au bras et à l'avant-bras gauche de l'assurée. Le 5 juin 2012, le Dr S. _____ a posé le diagnostic de coup du lapin (whiplash) avec pour corollaire des douleurs à la mobilisation du rachis cervical. Il précisait que le suivi avait été assuré par le médecin traitant, à savoir le Dr P. _____, lequel avait procédé à des investigations et établi les arrêts de travail de la patiente. A l'occasion d'examen radiologiques pratiqués le 25 mai 2012, soit une IRM de la colonne lombaire, une IRM de la colonne cervicale ainsi qu'une IRM cérébrale avec séquences angiographiques, le Dr H. _____, spécialiste en radiologie, n'a pas mis en évidence de lésion (notamment osseuse) particulière. Seule a été relevé sur l'IRM de la colonne lombaire de l'assurée, une discopathie dégénérative moyennement avancée au niveau L5-S1 ainsi qu'un kyste annexiel gauche susceptible de correspondre à une origine ovarienne et sur l'IRM de la colonne cervicale, une discrète cervicarthrose à prédominance C4-C5 associée à une minime discopathie. Pour le surplus, le radiologue précité mentionnait une musculature paravertébrale conservée. Quant à l'IRM de la colonne cervicale, il y était uniquement décrit une attitude scoliotique à

- 4 - convexité droite du segment distal de ladite colonne. L'IRM cérébrale du 15 juin 2012 s'était pour sa part révélée dans la norme. Dans un « Aide-mémoire » complété le 6 juillet 2012, le Dr X. _____, médecin-conseil de Z. _____, a noté que les troubles de santé de l'assurée étaient en relation de causalité probable avec l'accident de la circulation du 24 janvier 2012, sans que des mesures d'investigation supplémentaires ne se justifient avant un délai de six mois. Dans un rapport médical LAA du 11 juillet 2012 adressé au médecin-conseil de l'assureur-accidents, le Dr J. _____, spécialiste en ophtalmochirurgie, a indiqué que l'examen oculaire pratiqué en date du 30 janvier 2012 sur l'assurée compte tenu de céphalées persistantes depuis l'accident de circulation, pouvait être considéré comme étant dans la norme. Le 18 juillet 2012, le Dr P. _____ a communiqué ce qui suit à Z. _____ sur l'état de santé de sa patiente : "1. Cause de l'incapacité de travail Diagnostic et/ou codes ICD ? - Douleurs cervicales avec maux de tête et pertes de connaissance probablement en relation avec un coup du lapin consécutif à un accident de la voie publique le 24.01.2012. 4. Anamnèse : - Madame C. _____ a subi un accident de la voie publique le 24.01.2012 avec coup du lapin. Depuis lors elle présente des maux de tête, des douleurs cervicales, des douleurs musculaires ainsi que du membre supérieur gauche. Depuis quelques mois maintenant elle présente également des douleurs lombaires ainsi que des pertes de connaissance actuellement en voie d'investigation. Symptômes actuels/état actuel : - Cf. précédemment. Pronostic : - Dépendra de l'évolution des pertes de connaissance et des douleurs. 5. Nature et importance du traitement actuel : - Antalgie, repos, physiothérapie. Médication actuelle : Voltarène rapide 50, Souffrol bain. Un soutien médical est-il indiqué ?

- 5 - - Madame C. _____ a été adressée au Professeur L. _____, neurologue à [...] ainsi qu'au Dr F. _____ cardiologue à [...]. 7.1 Énumération des restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes : - Actuellement Madame C. _____ ne présente pas de restrictions mentales ou psychiques mais des restrictions purement physiques justifiant l'arrêt de travail." Le médecin traitant retenait ainsi une incapacité de travailler à 100 % de sa patiente à compter du 30 avril 2012, la reprise de l'activité professionnelle dépendant de l'évolution des symptômes et des pertes de connaissance de l'assurée. Dans un rapport du 18 juillet 2012 adressé au Dr P. _____, le Dr M. _____, spécialiste en cardiologie du Centre [...], s'est exprimé comme il suit sur l'état de santé de l'assurée : "Monsieur et Cher

Confrère, C'est avec plaisir que nous avons revu la patiente susnommée à notre consultation du 13.07.2012. Diagnostics • Malaises à l'emporte-pièce avec brève perte de connaissance d'origine indéterminée (1er épisode 03.06.2012, dernier épisode 25.06.2012) — Exclusion d'une origine neurologique (Prof. L. _____ ; 03.07.2012): • EEG [électro-encéphalographie] normal • IRM cérébrale, cervicale et lombaire normales • Bilan neurologique normal — TA [tension artérielle] basse avec anamnesticquement vertiges orthostatique étant toutefois différents des 3 récents malaises avec perte de connaissance — Echocardiographie dans les limites de la norme (13.07.2012) — Ergométrie négative pour une ischémie myocardique (06.07.2012) — Holter: absence de trouble du rythme significatif (06.07.2012) • Status post accident de la circulation avec phénomène de « coup du lapin » (01/2012): — Depuis lors importantes nuchalgies, céphalées et nausées fluctuantes • Facteurs de risques cardiovasculaires : aucun Evaluation Comme mentionné dans notre dernier rapport, nous avons complété le bilan cardiovasculaire par un enregistrement de Holter ainsi qu'une échocardiographie. Ces deux examens se sont avérés dans

- 6 - les limites de la norme avec absence de trouble du rythme significatif et absence d'anomalie morphologique susceptible d'engendrer des malaises à l'emporte-pièce. Signalons à l'échocardiographie une bonne fonction systolique du VG et une absence de valvulopathie significative. Au vu de ce qui précède, nous n'avons pas d'explication claire aux malaises de la patiente et évoquons la possibilité d'un phénomène vasovagal accentué par les nuchalgies (coup du lapin) dans un contexte de TA habituellement basse. Nous avons donc insisté sur l'importance d'une bonne hydratation avec une consommation de sel suffisante. Si les malaises devaient persister/récidiver, un traitement d'Effortil serait alors proposé, éventuellement associé au port de bas de contention. Propositions • Renoncer à de plus amples investigations cardiovasculaires. Nous vous remercions de votre confiance et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire. Nous vous adressons, Monsieur et Cher Confrère, nos cordiales salutations. Echocardiographie transthoracique • Fonction systolique globale et segmentaire du VG normale • Fonction diastolique du VG normale • Morphologies et fonctions valvulaires normales Conclusion : examen dans les limites de la norme." Dans un rapport du 31 juillet 2012 à Z. _____, le Prof. L. _____, spécialiste en neurologie de la Clinique [...], a posé le diagnostic invalidant de vertiges et malaises d'origine indéterminée et réservé son pronostic pour une durée de deux ans. S'agissant des symptômes actuels, il mentionnait également des cervico-brachialgies affectant l'assurée. Le même jour, le Dr M. _____ a fait savoir au médecin-conseil de l'assureur, qu'il n'avait pas remis de nouvelle incapacité de travail concernant l'assurée. Dans un « Aide-mémoire » du 24 août 2012, le Dr X. _____ notait la possibilité d'une relation de causalité entre les troubles actuels de santé de l'assurée et son accident de la circulation du 24 janvier 2012. S'agissant de l'incapacité de travail de celle-ci, le médecin-conseil de Z. _____ était d'avis qu'elle était difficile à justifier, sans que de plus

- 7 - amples mesures médicales n'apparaissent appropriées. Il observait encore en lien avec l'absence de traitement hospitalier de l'assurée, un défaut de lésion osseuse lors de l'accident en question. Le 6 septembre 2012, Z. _____ a informé l'assurée de son intention de mettre un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais de guérison) avec effet au 30 septembre 2012. Sur la base de l'avis de son médecin-conseil, l'assureur-accidents retenait que les troubles de l'assurée étaient en relation de causalité au

degré de la vraisemblance prépondérante avec l'accident survenu le 24 janvier 2012, ceci pendant une durée de six à huit mois. A compter du 1er octobre 2012, le statu quo ante était considéré comme retrouvé et les traitements ultérieurs plus dans un rapport de causalité avec l'accident. A la suite des objections de l'assurée, Z. _____ a rendu, le 8 octobre 2012, une décision à la teneur identique à sa prise de position antérieure. Dans un courrier électronique du 29 octobre 2012, l'assurée a fait part de son opposition à l'encontre de la décision précitée. Elle relevait à cet égard que son état de santé était stable, soit comprenant des maux de tête puissants (tous les jours) ainsi que des douleurs/maux de dos. L'assurée indiquait par ailleurs avoir été examinée en date du 17 octobre 2012 par le Dr L. _____ compte tenu de la persistance de vertiges, examen à la suite duquel elle aurait été adressée à un spécialiste. Elle a transmis un certificat médical établi le 8 octobre 2012 par la Dresse D. _____, spécialiste en médecine générale, attestant une incapacité de travail d'origine accidentelle débutée le 29 août 2012 et de durée probable jusqu'à la fin du mois d'octobre 2012. A teneur d'une attestation médicale du 6 novembre 2012 adressée à l'assureur-accidents, la Dresse D. _____ a également certifié ce qui suit sur l'état de santé globale de l'assurée :

- 8 - "Le médecin soussigné atteste par la présente que Madame C. _____ — née le 14.02.1967 présente plusieurs problèmes qui étaient totalement absents avant l'accident. Il s'agit de: • Cervicalgies majeures avec céphalées en casques et troubles de la concentration, • Malaises avec perte de connaissance à répétitions, • Vertiges d'origines labyrinthiques post-traumatiques, • Lombalgies et douleurs au niveau des chevilles à la suite d'une entorse de la cheville droite, lors d'un vertige, • État anxio-dépressif secondaire aux troubles au long cours apparus après l'accident, • Reflux gastro-oesophagien sur prise d'AINS chronique." Par décision sur opposition du 17 janvier 2013, Z. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision rendue le 8 octobre 2012. Ses constatations étaient en particulier les suivantes : "[...] II. EN DROIT [...] 2. SUR LE FOND [...] b. Droit aux prestations Le litige porte sur le droit de l'opposante à des prestations en assurance-accident de Z. _____ au-delà du 30 septembre 2012. L'obligation de Z. _____ d'allouer des prestations au-delà du 30 septembre 2012 suppose l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement assuré, soit entre l'accident et l'atteinte à la santé. L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il faut admettre que, sans l'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 toutefois pas nécessaire que l'accident soit la cause unique voire immédiate de l'atteinte à la santé. Il faut en effet, et il suffit même, que l'évènement dommageable, éventuellement associé à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique. En d'autres termes, l'évènement dommageable doit se présenter comme la condition sine qua non de l'atteinte à la santé. Le devoir de l'assureur d'allouer des prestations cesse ainsi, d'une part, si l'accident ne constitue pas la cause naturelle et adéquate du dommage ou, d'autre part, lorsque le dommage résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est notamment le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui

- 9 - qui serait survenu tôt ou tard sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). L'appréciation de la causalité naturelle relève des faits, que l'administration ou le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements médicaux. Pour ce faire, les rapports médicaux revêtent une valeur probante suffisante

lorsqu'ils aboutissent à des résultats convaincants, si leurs conclusions sont sérieusement motivées et si aucun indice concret ne permet de mettre en doute leur bien-fondé. Il appartient ensuite au juge ou à l'administration de trancher cette question selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. En d'autres termes, lorsque l'existence du rapport de causalité naturelle paraît seulement possible, et non probable, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié. Selon le diagnostic posé à plusieurs reprises par le Dr S._____, puis le Dr P._____, Madame C._____ souffre d'une entorse cervicale survenue à la suite d'un accident de type « coup du lapin » comme cela peut être déduit de l'utilisation, par le Dr. S._____, de la Fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cervical, notamment utilisée en cas d'accident de type « coup du lapin ». En l'espèce, il ressort des explications de Madame C._____ que le véhicule qu'elle conduisait a été percuté à l'arrière. Seuls les pare-chocs des deux véhicules ont subi des dégâts et de peu d'importance. Par ailleurs, selon les propres indications de l'assurée, il n'y a pas eu de choc de la tête. Madame C._____ a immédiatement ressenti des cervicalgies et des lombalgies lesquelles l'ont empêché de travailler durant deux jours. L'assurée a cependant pu reprendre son activité à 30% le 27 janvier 2012. Seraient apparus par la suite des malaises avec pertes de connaissance, des vertiges, des lombalgies, des douleurs à la cheville, un état anxio-dépressif et un reflux gastro oesophagien (attestation du 6 novembre 2012 de la Dresse D._____). Ces problèmes n'ont cependant pas empêché Madame C._____ d'assumer son activité de technicienne rx jusqu'à son licenciement au 30 avril 2012. Ce jour-là, l'assurée a été mise à nouveau en incapacité de travail. Tous les examens médicaux effectués à partir de là se sont révélés dans la norme de sorte que le Dr M._____ évoque dans son rapport du 18 juillet 2012 la possibilité d'un phénomène vasovagal accentué par les nuchalgies (coup du lapin) dans un contexte de TA habituellement basse. A aucun moment ce médecin ne met en relation de causalité directe les problèmes de l'assurée et son incapacité de travail avec l'accident du 24 janvier 2012. La Dresse D._____ ne met du reste pas non plus cet état en relation directe avec l'accident du 24 janvier 2012 mais se limite à souligner que les problèmes rencontrés par l'assurée n'existaient pas avant ledit accident. Cela est manifestement insuffisant pour admettre un lien de causalité au sens de la vraisemblance prépondérante.

- 10 - Ayant pris connaissance de ce qui précède et de l'ensemble du dossier médical de l'assurée, le Dr. X._____, médecin-conseil de Z._____, a estimé que le lien de causalité entre les troubles en cause, soit les douleurs cervicales, les vertiges, les pertes de connaissance et l'accident du 24 janvier 2012 était seulement possible. Ainsi la condition du degré de la vraisemblance prépondérante nécessaire en matière d'assurance-accidents pour que l'assureur doive prendre en charge les suites de l'accident n'est pas réalisée. Par ailleurs, même si le lien de causalité naturelle devait être donné avec un degré de vraisemblance prépondérante, le lien de causalité adéquate ferait en tout état défaut. Le Tribunal fédéral considère que la condition de la causalité adéquate est remplie si d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet de celui qui s'est produit, la survenance du résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance. En l'espèce, aucun élément du dossier ne permet de mettre en évidence une lésion organique. En particulier les conclusions des clichés radiologiques et de résonances magnétiques n'ont mis en évidence aucune lésion osseuse. Il apparaît en revanche sur ces clichés que l'assurée souffrirait de discopathie et de discrète cervicarthrose qui sont toutes deux d'origine dégénérative et non post traumatique.

Ainsi, conformément à la jurisprudence en la matière, lorsqu'il n'y a pas de lésion organique objectivée, le caractère adéquat du rapport de causalité doit être analysé en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux développés en relation avec les troubles psychiques : « Dès lors que le diagnostic d'une lésion du rachis cervical par accident du type « coup du lapin » (sans preuve d'un déficit organique) est dûment attesté et que l'on ne se trouve pas non plus dans la situation où les lésions appartenant au tableau clinique typique sont reléguées au second plan en raison de l'existence d'un problème important de nature psychique, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des mêmes critères, appliqués par analogie, que ceux dégagés à propos des troubles psychiques, mais sans qu'il soit décisif de savoir quelle est la nature (psychique ou somatique) des troubles en cause. » Pour se prononcer sur le rapport de causalité adéquate dans de tels cas, le Tribunal fédéral a élaboré une méthode qui prend en considération l'événement accidentel avec les circonstances qui l'ont accompagné. Les accidents sont tout d'abord répartis en trois classes: (1) les accidents insignifiants ou de peu de gravité, (2) les accidents de gravité moyenne et (3) les accidents graves.

- 11 - En matière d'accidents de gravité moyenne à la limite des accidents légers, les critères suivants - redéfinis dans l'ATF 137 V 102 - doivent, en outre, se cumuler ou revêtir une intensité particulière : -Le caractère particulièrement dramatique ou impressionnant de l'accident ; -La gravité ou la nature particulière des lésions subies ; -La durée prolongée d'un traitement médical continu, spécifique et pénible ; -L'intensité sans interruption notable des douleurs ; -L'importance de l'incapacité de travailler en dépit des efforts exigibles et reconnaissables de l'assuré pour reprendre une activité professionnelle ; -Les difficultés et complications survenues lors du traitement médical ; -Les erreurs médicales entraînant une aggravation notable du traitement et des séquelles de l'accident. L'accident subi par Madame C. _____ doit être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des accidents légers. Les critères susmentionnés doivent ainsi être appliqués, par analogie. L'accident du 24 janvier 2012 s'est déroulé dans des circonstances relativement banales et n'a pas entraîné de lésions particulières ou d'une gravité spéciale. Par ailleurs, les soins médicaux dont l'assurée a bénéficié ont été exempts d'erreurs. Le traitement médical n'a pas été d'une durée particulièrement longue au sens de la jurisprudence fédérale. Madame C. _____ n'a présenté que deux jours d'incapacité de travailler, puis à partir du 30 avril 2012, jour de son licenciement, l'assurée a présenté une nouvelle incapacité de travail. Pour l'appréciation du critère de la durée du traitement médical, il ne faut pas uniquement se fonder sur l'aspect temporel ; sont également à prendre en considération la nature et l'intensité du traitement et si l'on peut en attendre une amélioration de l'état de santé de l'assuré. La prise de médicaments antalgiques et la prescription de traitement par physiothérapie même pendant une certaine durée ne suffisent pas à fonder ce critère. A cet égard les différents rapports médicaux sont tout à fait clairs. Les médecins ne font état que d'un traitement symptomatique (physiothérapie, médication antalgique, massages) dont le but est avant tout de maintenir les douleurs à un niveau qui reste acceptable pour l'assurée. c. Conclusion Partant, après un examen attentif des critères jurisprudentiels, il y a lieu également de nier la causalité adéquate en cas d'accident de gravité moyenne et dès lors la responsabilité de Z. _____. Le lien de causalité adéquate entre les cervicalgies ainsi que les autres problèmes de santé de l'assurée et son accident de circulation du 24 janvier 2012 étant nié, Z. _____ est fondée à refuser ses prestations.”

- 12 - B. Par acte du 18 février 2013, C. _____, représentée par Me Philippe Chaulmontet, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Elle conclut avec dépens, principalement à la réforme de la décision attaquée en ce sens qu'elle a droit aux prestations de Z. _____ après le 30 septembre 2012 et, subsidiairement, à la réforme de la décision litigieuse dans le sens mentionné ci-avant après réalisation d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire tendant à établir les troubles dont elle souffre ainsi que l'adéquation du traitement préconisé par le Dr S. _____. La recourante relève en premier lieu qu'au vu du diagnostic de « coup du lapin » retenu par les Drs S. _____, P. _____ et D. _____, le lien de causalité naturelle est établi entre les troubles et le traumatisme subi consécutivement à l'accident du 24 janvier 2012. S'agissant du lien de causalité adéquate, C. _____ soutient avoir été percutée violemment à l'arrière de son véhicule. Cette violence s'illustrant en particulier par le fait que le véhicule tiers impliqué de marque Audi A4 a été enfoncé jusqu'aux roues avant, le rendant inutilisable en l'état. La recourante observe par ailleurs que sa fille qui se trouvait dans son véhicule lors de l'accident, souffrirait elle-même toujours de douleurs dans la région lombaire. Dans ces circonstances, l'accident ne saurait être qualifié de gravité moyenne et ne saurait être à la limite des accidents légers. La recourante relève également que les suites dudit accident n'auraient pas été prises en charge de manière adéquate par son employeur, le Dr S. _____. A la suivre cela ne l'aurait été qu'après avoir consulté le Dr P. _____ qui a attesté son incapacité de travailler. Elle mentionne avoir chuté à de nombreuses reprises compte tenu de son équilibre affecté en raison de ses multiples malaises consécutifs aux conséquences de l'accident en question. La recourante précise pour terminer toujours souffrir de ses troubles dont les douleurs l'empêcheraient de sortir de son domicile l'obligeant à rester allongée la majeure partie du temps ainsi que d'être accompagnée dans ses déplacements extérieurs. Elle en conclut que le lien de causalité adéquate est également rempli en l'espèce lui ouvrant par conséquent droit aux prestations litigieuses de la part de l'assureur- accidents. Dans l'éventualité où la causalité naturelle et adéquate ne saurait être retenue, la recourante requiert la mise en œuvre d'une

- 13 - expertise judiciaire pluridisciplinaire. Elle a notamment produit le formulaire de constat amiable d'accident automobile complété le jour même par les conducteurs des véhicules impliqués dans la collision. Par décision du 21 février 2013 du Juge instructeur, la recourante s'est vue accorder le bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 janvier 2013, Me Philippe Chaulmontet étant désigné en tant qu'avocat d'office. Dans sa réponse du 22 mars 2013, Z. _____, représentée par Me Séverine Berger, conclut avec dépens, au rejet du recours. L'intimée observe que les troubles affectant la recourante et à l'origine de l'incapacité de travail de celle-ci postérieurement au 30 septembre 2012, ressortissent de l'attestation médicale du 6 novembre 2012 de la Dresse D. _____. Elle est d'avis que seules les atteintes de malaises avec perte de connaissance et de vertiges, d'une part et de cervicalgies d'autre part, sont susceptibles d'être en lien avec l'accident subi. Les affections restantes étant quant à elles soit sans lien avec l'accident (s'agissant du reflux gastroesophagien et de l'état anxio-dépressif secondaire aux troubles au long cours) ou, consécutives aux chutes liées aux malaises précités (lombalgies et douleurs aux chevilles). Z. _____ retient qu'aucun document au dossier ne permet d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les malaises survenus dès le mois de juin 2012 et l'accident. Elle observe à cet égard que la Dresse D. _____ se limite à indiquer que cette problématique n'existait pas avant l'accident, le Dr M. _____ évoquant quant à lui la possibilité d'un phénomène vasovagal dans un

contexte de tension artérielle basse. Concernant la question du lien de causalité adéquate, l'intimée est d'avis qu'à l'aune de la jurisprudence rendue en la matière, l'accident dont il est ici question doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, plutôt à la limite des accidents légers. Les critères posés par la jurisprudence en de tels cas n'étant pas remplis, de sorte qu'un lien de causalité adéquate doit également être nié en l'espèce.

- 14 - Par courrier du 3 juin 2013, Me Philippe Chaulmontet a informé la Cour de céans qu'il ne défendait plus les intérêts de la partie recourante en la présente cause. Le 14 août 2013, l'intimée a produit en cause la copie d'un rapport d'examen médical établi le 21 décembre 2012 par le Dr Q. _____, spécialiste en médecine générale et expert auprès des Tribunaux, à la demande de l'assureur apériteur suisse Responsabilité Civile (RC) du véhicule tiers étranger impliqué dans l'accident du 24 janvier 2012. L'examen clinique et la discussion de l'état de santé de la recourante y sont décrits en ces termes : "EXAMEN Taille : 1.65 m Poids : 69 kg Madame C. _____ est âgée de 45 ans, elle est droitière. Le déshabillage s'effectue sans difficulté particulière, en position debout. L'inspection ne retient pas de réduction spontanée de la mobilité des membres supérieurs, ni de la mobilité cervicale. L'inspection du rachis cervical ne retient pas d'anomalie, aucune attitude antalgique, aucune cicatrice. La palpation note l'absence de douleurs à la pression des émergences d'Arnold. La pression des para-vertébraux cervicaux n'est pas douloureuse et on ne retient pas de contracture. La palpation retient une contracture des faisceaux supérieurs au niveau des trapèzes, un peu plus marquée à gauche. Mobilité cervicale : Flexion : le menton vient à 3 cm du sternum. Extension : le menton vient à 16 cm du sternum. Rotation droite et gauche : 60°. Inclinaison droite et gauche: 40°. Les mouvements contrariés de la colonne cervicale sont déclarés douloureux. La mobilité des épaules et des membres supérieurs ne présente aucune anomalie ce jour. Les réflexes ostéotendineux sont présents et symétriques aux deux membres supérieurs. Il n'existe pas de trouble neurologique objectif au niveau des membres supérieurs. Les mensurations ne font apparaître aucune amyotrophie au niveau des deux membres supérieurs.

- 15 - L'examen neurologique des membres supérieurs ne retient aucune anomalie. On ne note par ailleurs aucun trouble de l'équilibre ce jour. Au total : raideur modérée de la colonne cervicale, telle que décrite. DISCUSSION Madame C. _____ a été victime d'un accident de la voie publique le 24 janvier 2012. Elle déclare avoir alors présenté des douleurs cervicales. Aucune consultation médicale n'a été effectuée sur le moment. Une consultation téléphonique aurait été effectuée le 27 janvier 2012 auprès du docteur S. _____, médecin orthopédiste employeur de madame C. _____. Cette consultation ne nous est pas documentée ce jour. Le docteur S. _____ aurait alors prescrit un traitement antalgique, décontracturant, et le port d'un collier cervical. Nous ne possédons pas les prescriptions concernant ces différents traitements. Madame C. _____ aurait porté le collier cervical mousse pendant quelques jours, sans que la durée exacte ne soit précisée ni documentée. Aucune radiographie n'a été effectuée à cette époque. Les premiers clichés radiographiques ont été effectués le 27 avril 2012 sur prescription du médecin traitant, le docteur P. _____. Ces clichés qui nous sont fournis ce jour montrent une légère perte de la lordose physiologique, sans autre signe pathologique. On rappelle que l'accident de madame C. _____ est survenu sur un état antérieur constitué par un premier accident cervical survenu en 1999, avec entorse cervicale par coup du lapin, port d'un collier cervical pendant plusieurs semaines, rééducation pendant plusieurs mois. Aucun arrêt de travail n'avait alors été prescrit car madame C. _____ n'exerçait aucun emploi à

cette époque. Dans les mois qui ont suivi, madame C. _____ a présenté des vertiges, et des céphalées. Elle a présenté par ailleurs des malaises à l'emporte-pièce avec brève perte de connaissance, d'origine indéterminée. Le premier épisode est survenu le 3 juin 2012, le deuxième le 25 juin 2012. Les différents bilans qui ont été effectués au point de vue neurologique et au point de vue cardiologique n'ont apporté aucun diagnostic précis. Compte tenu des constatations énoncées ci-dessus, il est impossible ce jour d'imputer un problème cervical chez madame C. _____ en rapport certain et direct avec les événements du 24 janvier 2012. Cet événement n'a pas donné lieu à des radiographies spécifiques au niveau cervical.

- 16 - Aucune constatation médicale objective n'a été effectuée dans les jours suivant l'accident. Cet accident est survenu sur un état antérieur pathologique au niveau cervical, avec l'existence d'un antécédent d'entorse cervicale en 1999. L'IRM cervicale qui a été réalisée dans les suites du bilan radiographique a montré de légères lésions arthrosiques, vraisemblablement en rapport avec l'état antérieur de madame C. _____. Les conséquences imputables à l'accident du 24 janvier 2012: Date(s) d'hospitalisation(s) imputable(s) : aucune n'a été prescrite. Date(s) d'arrêt(s) d'activité professionnelle imputable(s) : aucune n'a été prescrite dans les semaines suivant l'accident. Gêne temporaire totale: inexistante Gêne temporaire partielle : * Classe I : elle a duré un mois correspondant à l'aggravation passagère d'un état antérieur cervicarthrosique. Elle a duré du 24 janvier au 24 février 2012. • Date de consolidation : 24 février 2012. Taux d'atteinte à l'intégrité physique et psychique : il est inexistant. Les souffrances endurées retiennent l'accident, l'évolution douloureuse sur un mois. Le taux est de 1/7. Le dommage esthétique est inexistant. Aucune aide n'a été nécessaire dans les suites directes de l'accident. Il n'existe pas de conséquence sur le plan professionnel. Il n'existe pas de frais futurs à caractère certain en rapport avec l'accident." Par décision du 10 septembre 2013 du Juge instructeur, Me Jean de Gautard a été désigné en tant qu'avocat d'office de la recourante en remplacement de Me Philippe Chaulmontet dès lors relevé de sa mission en la présente cause. Au terme de sa réplique du 13 novembre 2013, la recourante maintient implicitement les conclusions prises à l'appui de son mémoire de recours du 18 février 2013. A titre de mesures d'instruction, elle a requis la tenue d'une audience lors de laquelle elle se réserverait le droit de faire entendre quelques témoins. Indiquant que sa fille souffrirait encore de séquelles de l'accident, la recourante estime que le fait qu'elle

- 17 - ait ou non tapé sa tête contre l'appui-tête de son véhicule ne change en rien le choc subi. Elle précise qu'elle se trouvait alors arrêtée « en toute décontraction » lorsque le véhicule français l'a percutée à l'arrière. Elle répète pour le surplus n'avoir jamais souffert auparavant de vertiges, de céphalées, de difficultés de concentration, etc. telles qu'elle les vit depuis son accident. Cet état de fait serait à lui seul suffisant pour admettre l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces symptômes et l'accident subi le 24 janvier 2012. Par duplique du 11 décembre 2013, l'intimée indique maintenir ses conclusions tendant au rejet du recours. Elle observe en particulier que le simple fait que les symptômes aient été absents avant l'accident en cause n'est pas à lui seul suffisant pour attester un lien de causalité, au degré de la vraisemblance requise, entre les troubles décrits et l'accident assuré. Elle note en outre que dans ses dernières déterminations, la recourante semble elle-même admettre la difficulté qui est sienne de démontrer l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident et son incapacité de travail. C. A lecture du rapport final d'expertise établi le 19 mars 2012 par l'assureur RC du véhicule tiers impliqué dans

l'accident du 24 janvier 2012, figurant au dossier de l'intimée, le montant total des frais de réparation du dommage partiel causé au véhicule de la recourante s'élève à 2'102 fr. 05 TVA incluse, auquel s'ajoute la somme de 100 fr. relatif à la location d'une voiture de remplacement d'une durée de deux jours, soit durant le temps consacré à la remise en état du véhicule de celle-là. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre

- 18 - lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 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) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre une décision prise 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 (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Est litigieuse en l'espèce, la question de savoir si Z. _____ était fondée à mettre un terme dès le 1er octobre 2012 à toutes les prestations d'assurance en lien avec l'accident de la circulation survenu le 24 janvier 2012. 3. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident

- 19 - professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). Selon 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 une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). 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 due à un accident (cf. art. 6 LPGGA). L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 4. L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux.

- 20 - Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidentiels privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par

- 21 - les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (« appréciation anticipée des preuves » ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, 119 V 335 consid. 3c et la référence). 5. L'assurance a mis un terme à la prise en charge des prestations dès le 1er octobre 2012, au motif que le statu quo ante était considéré comme retrouvé à cette date. La recourante conteste cette appréciation. Elle estime que les traitements et incapacités de travail postérieurs au 30 septembre 2012 sont encore dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 24 janvier 2012. L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations au-delà du 30 septembre 2012 suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 123 V 103

consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références; TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014, consid. 3 et 8C_87/2007 du 1er février 2008, consid. 2.2). a) L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 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'il ne peut être qualifié de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/2005 du 18 novembre - 22 - 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références). La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013, consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les références citées). 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; TFA U 215/1997 du 23 février 1999, consid. 3b, in : RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré. b) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-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 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce

- 23 - temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (arrêt 8C_792/2009 du 1er février 2010, consid. 6.1, et les références). 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 et 117 V 359 consid. 4b). La jurisprudence a posé diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de la personne assurée ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9). c) En l'espèce, la recourante s'est immédiatement plainte après l'accident du 24

janvier 2012 de cervicalgies et lombalgies invalidantes (cf. rapports des 21 février et 10 avril 2012 du Dr S. _____). Les conditions jurisprudentielles pour admettre que l'incapacité de travail d'une durée de deux jours, à savoir les 25 et 26 janvier 2012, consécutive à l'accident du 24 janvier 2012 était dans un lien de causalité naturelle avec celui-ci sont remplies. Ce point n'est au demeurant pas litigieux entre les parties. Selon la décision attaquée, le statu quo ante est atteint au 1er octobre 2012, soit dans un délai de huit mois après la survenance de l'accident en question, la recourante réfutant ce point de vue. Les diagnostics des Drs S. _____ et P. _____ concordent sur le fait que la recourante souffre de douleurs cervicales survenues dans les suites d'un accident de type « coup du lapin ». Le médecin traitant y ajoute l'apparition de maux de tête avec pertes de connaissance (cf. rapport du 18 juillet 2012 du Dr P. _____). Se basant sur le certificat médical du 8 octobre 2012 et l'attestation médicale du 6 novembre 2012 établis par la Dresse D. _____, l'assurée soutient souffrir de malaises avec perte de connaissance à répétitions, de vertiges, de lombalgies et douleurs à sa cheville droite, d'un état anxio-dépressif ainsi que d'un reflux gastro-oesophagien. La Dresse D. _____ précise dans son rapport

- 24 - de novembre 2012 que les affections précitées « étaient totalement absentes avant l'accident ». En ce qui concerne la causalité naturelle, s'agissant des cervicalgies, le médecin-conseil de l'intimée (Dr X. _____) a clairement indiqué dans ses notes qu'elles n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident à partir de l'écoulement d'un délai de six à huit mois depuis celui-ci. Dans ses avis successifs, le médecin-conseil a également à chaque fois précisé que les troubles de la recourante n'étaient que possiblement en relation de causalité avec l'accident, de sorte que l'on ne saurait admettre que de telles indications puissent satisfaire aux exigences du degré de la vraisemblance prépondérante applicable pour l'établissement du lien de causalité naturelle (cf. consid. 5 a supra). De plus, le seul fait que la Dresse D. _____ affirme que les symptômes étaient absents avant l'accident n'est, quoiqu'en dise la recourante, pas suffisant à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 ss., consid. 3b). Ceci d'autant qu'il ressort en outre du rapport établi par le Dr Q. _____ le 21 décembre 2012 dans le cadre de l'accident du 24 janvier 2012 que dit accident est survenu sur un état antérieur constitué par un premier accident cervical datant de 1999 (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2012 du Dr Q. _____, p. 7). Ce rapport relève également qu'il est impossible d'imputer un problème cervical chez la recourante en rapport certain et direct avec l'accident du 24 janvier 2012, que l'IRM cervicale qui a été réalisée a mis en évidence de légères lésions arthrosiques vraisemblablement en rapport avec l'état antérieur de la recourante, qu'une gêne temporelle partielle a duré du 24 janvier au 24 février 2012 correspondant à l'aggravation passagère d'un état antérieur cervicarthrosique (cf. rapport d'examen du 21 novembre 2012 du Dr Q. _____, p. 8). Quant aux malaises « à l'emporte-pièce » survenus depuis le mois de juin 2012, le cardiologue Dr M. _____ évoque la possibilité d'un phénomène vasovagal accentué par les nuchalgies dans un contexte de tension artérielle basse. Ces dernières constatations ne sont pas suffisantes pour admettre un lien de causalité naturelle entre les

- 25 - malaises vécus et l'accident de la circulation du 24 janvier 2012. Partant l'existence d'un lien de causalité naturelle n'est pas prouvé au degré de la vraisemblance prépondérante. Il en va à l'identique des constatations du Prof. L. _____, qui dans son rapport du 31 juillet 2012 se limite à renvoyer aux constatations et conclusions du médecin

traitant, le Dr P._____. La question du lien de causalité naturelle entre l'accident du 24 janvier 2012 et les plaintes de la recourante subsistant lors de la clôture du cas le 30 septembre 2012 peut néanmoins rester indécise, car même si le lien de causalité naturelle devait être considéré comme maintenu à cette date, la causalité adéquate ne serait de toute manière pas remplie. 6. a) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine ; TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut

- 26 - prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : • les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; • la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; • la durée anormalement longue du traitement médical ; • les douleurs physiques persistantes ; • les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; • les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; • le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques (ATF 115 V 133 consid. 6c. ; 115 V 403 consid. 5c). Selon la jurisprudence, on peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010, consid. 5.3, 8C_216/2009 du 28 octobre 2009, consid. 2 et les références). b) En l'espèce, il ressort tant des rapports médicaux que des IRM au dossier que l'accident du 24 janvier 2012 n'a entraîné aucune lésion organique. Seule une discopathie et une discrète cervicarthrose d'origine dégénérative ont été mises en évidence, le rapport du Dr Q._____ mentionnant à cet égard un état antérieur constitué par un premier accident cervical survenu en 1999. En l'absence de lésions organiques objectivées, le caractère adéquat du rapport de causalité doit être analysé en appliquant par analogie les critères développés en relation avec les troubles psychiques.

- 27 - aa) Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assurée 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. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part

sur les lésions subies (TFA U 214/2004 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3). Selon le constat amiable d'accident produit en cause, la recourante, s'est fait « couper la route » par un véhicule, l'obligeant à freiner brusquement. Il s'en est suivi la collision à l'arrière gauche de son véhicule par la voiture française qui la suivait directement. De ses propres aveux, la tête de la recourante n'a pas percuté l'appui-tête de sa voiture (cf. rapport du 10 avril 2012 du Dr S. _____). Le véhicule de la recourante n'a pas percuté le véhicule qui le précédait et l'intéressée n'a pas subi de lésion traumatique. Même si les débris du véhicule collisionneur étaient importants aux dires de la recourante, les dégâts matériels causés au véhicule de cette dernière ont uniquement donné lieu à une réparation de deux jours d'un montant total d'environ deux mille francs (cf. rapport final d'expertise RC au dossier). En outre, ni la recourante, ni les autres participants à l'accident n'ont subi de lésions graves. De plus, il n'y a aucune mention sur le constat amiable dressé le jour même de la venue sur les lieux de la police voire d'une ambulance, la recourante – contrairement au conducteur fautif – ayant pu poursuivre sa route malgré les dégâts causés à l'arrière de sa voiture. Selon la jurisprudence constante (TFA U 380/2004 du 15 mars 2005, in RAMA 2005 no U 549 p. 236, consid. 5.1.2 ; TF 8C_633/2007 du 7 mai 2008, consid. 6.2 in fine et 8C_135/2011 du 21 septembre 2011, consid. 6.1.1) une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, voire à la limite du cas bénin. Cette jurisprudence s'applique au cas d'espèce puisque le véhicule de la recourante se trouvait précisément à l'arrêt au moment du choc. Vu les circonstances du cas d'espèce, il convient de considérer l'accident comme étant de gravité moyenne plutôt

- 28 - à la limite des accidents de peu de gravité. Les faits que le véhicule fautif ait été fortement endommagé aux dires de la recourante, que la fille de l'assurée ait pu subir des séquelles persistantes de l'accident et que la recourante se tenait « en toute décontraction » derrière son volant lors de l'impact, ne suffisent en revanche pas pour conclure à la qualification d'accident grave, ni même d'accident de gravité moyenne à la limite d'un accident grave. D'ailleurs, l'absence de lésions physiques (osseuses) de la recourante lors de l'accident, ne rend pas vraisemblable l'existence d'un choc d'une violence extrême, contrairement à ce que l'intéressée soutient. En présence d'un accident de gravité moyenne à la limite d'un accident de peu de gravité, il faut soit que les critères se cumulent, ou qu'ils revêtent une intensité particulière. bb) En l'espèce, aucun des critères posés par la jurisprudence n'est rempli, de sorte qu'il n'est pas possible de retenir un lien de causalité adéquate. Quoiqu'en dise la recourante, comme on vient de le voir ci-avant, l'accident n'a pas revêtu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Les participants à l'accident n'ont pas subi de lésions graves. Le traitement médical de la recourante, n'a pas été long, ni pénible. Il s'est essentiellement agi de la prise de médicaments, voire du suivi de physiothérapie. Le Dr X. _____ n'indique du reste aucun traitement ou mesure médicale à prendre. En ce qui concerne l'incapacité de travail, force est de constater que celle-ci n'a été initialement que de deux jours. La recourante a effectivement été en mesure de travailler du 27 janvier jusqu'au 29 avril 2012. Ce n'est que par la suite qu'une nouvelle incapacité de travail s'est déclarée. De plus, cette incapacité de travail est qualifiée de difficilement justifiable par le Dr X. _____. De même, le 31 juillet 2012, le Dr M. _____ a indiqué ne pas avoir remis d'incapacité de travail. Enfin, le traitement médical n'a présenté aucune difficulté et on ne saurait non plus parler d'erreurs médicales. Le comportement du Dr S. _____ dont fait état la recourante dans son recours, pour autant qu'il soit établi, ne constituerait pas une erreur de traitement, mais une simple absence de traitement. Quant aux douleurs de la recourante, elles ne sont pas vraiment

alléguées, ni surtout étayées par des constatations objectives au dossier. Il s'agirait de maux de dos et de tête. Il n'en

- 29 - demeure qu'à lui seul ce dernier critère ne saurait toutefois suffire pour admettre le lien de causalité adéquate en présence d'un accident de gravité moyenne plutôt à la limite des accidents de peu de gravité tel que cela est le cas en l'espèce. c) En se fondant sur l'ensemble des rapports, certificats et attestations médicaux au dossier, la Cour de céans est en mesure de se prononcer sur l'état de santé de la recourante sans que les mesures d'instruction complémentaires requises par celle-ci, à savoir une expertise pluridisciplinaire et l'audition d'éventuels témoins à l'occasion d'une audience, ne se justifient (cf. consid. 4 in fine supra). 7. Il découle de ce qui précède que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) La recourante ayant été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une indemnité équitable au conseil juridique désigné d'office pour la procédure sera supportée par le canton, provisoirement (art. 122 al. 1 let. a et b CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008, RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). En effet, la partie qui a obtenu l'assistance judiciaire est tenue à remboursement dès qu'elle est en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC). Le Service juridique et législatif fixera les conditions de remboursement, en tenant compte des montants éventuellement payés à titre de contribution mensuelle depuis le début de la procédure. S'agissant du montant de l'indemnité – laquelle 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 (art. 2 RAJ [règlement cantonal vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile, RSV 211.02.3]) – le conseil d'office a produit le 18 juin 2014 une liste de ses opérations pour un total de dix heures de travail. Il y a lieu de rémunérer ces heures au tarif usuel (180 fr./heure), et d'y ajouter les débours, par 60 fr., et la TVA, ce qui

- 30 - représente un montant total de 2'008 fr. 80. Vu l'issue du recours, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 LPA-VD). b) Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; art. 45 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 17 janvier 2013 par Z._____ est confirmée. III. Il n'est perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

- 31 - IV. L'indemnité d'office de Me Jean de Gautard, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'008 fr. 80 (deux mille huit francs et huitante centimes), TVA comprise. V. Le bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenu au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise à la charge de l'Etat. Le président : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean de Gautard (pour C._____), - Me Séverine Berger (pour Z._____), - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies.

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

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.