

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 mars 2022

---

Composition : Mme DURUSSEL, présidente  
Mme Berberat, juge, et M. Reinberg, assesseur  
Greffière : Mme Jeanneret

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**G.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Julien Guignard, avocat à Givisiez,

et

**L.**\_\_\_\_\_ **SA**, à [...], intimée, représentée par Me Michel D'Alessandri, avocat à Genève.

---

**Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** G.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a travaillé à 50 % pour la [...], en qualité de serveuse, du 1<sup>er</sup> octobre au 31 décembre 2019. A ce titre, elle était assurée obligatoirement auprès de la L.\_\_\_\_\_ SA (ci-après : la L.\_\_\_\_\_ SA ou l'intimée) contre le risque d'accidents. L'assurée était également employée en qualité de serveuse au taux de 50 % au [...], avec une couverture accident auprès de l'assurance [...].

Le 26 novembre 2019, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation au volant de son véhicule automobile. Alors qu'elle était à l'arrêt à l'entrée d'un rond-point, un autre véhicule automobile est entré en collision par l'arrière. Les deux véhicules ont été endommagés. Les deux conducteurs ont immédiatement établi un constat amiable d'accident automobile, sans intervention de la police routière, puis l'assurée est retournée à son domicile au volant de son véhicule.

Le 12 décembre 2019, l'assurée s'est rendue aux urgences de la R.\_\_\_\_\_, où il a été procédé à un scanner cérébral et une radiographie de la colonne cervicale face et profil pour rechercher d'éventuelles lésions cérébrales ou cervicales en lien avec l'accident. L'assurée se plaignait de céphalées, de troubles de convergences, de cervicalgies et d'une sensation d'instabilité, apparus le lendemain de l'accident. Le rapport de radiologie établi à cette occasion a conclu à l'absence de lésion traumatique cérébrale intra et extra-axiale, de fracture du crâne, du massif facial ou de la colonne cervicale.

La [...] a transmis une déclaration de sinistre à la L.\_\_\_\_\_ SA le 21 janvier 2020.

Le 30 janvier 2020, le Dr S.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'assurée, a attesté d'une incapacité de travail totale dès le 13 janvier 2020, en raison d'une cervicalgie, d'une brachialgie et de troubles de sensibilité à la main droite.

Le 17 février 2020, N.\_\_\_\_\_ a informé l'assurée du fait qu'elle n'avait droit à aucune prestation de sa part en raison de l'accident du 26 novembre 2019, celui-ci étant couvert exclusivement par la L.\_\_\_\_\_ SA.

Dans un rapport du 19 février 2020, la Dre I.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, consultée par l'assurée afin de déterminer si une atteinte des troncs nerveux pouvait expliquer les symptômes ressentis depuis environ mi-décembre 2019 (sensations de mains en bois, paresthésies, décharges électriques dans les doigts et douleurs cervicales associées), a conclu que l'examen électrophysiologique n'avait pas mis en évidence d'atteinte radiculaire C5 à T1 droite ni d'atteinte tronculaire au niveau des nerfs de la main, mais qu'une irritation radiculaire de type préganglionnaire C6-C7 restait possible. Elle a par conséquent préconisé d'organiser une IRM (imagerie par résonance magnétique) cervicale.

Une IRM de la colonne cervicale a été effectuée le 28 février 2020. Le rapport établi à cette occasion a conclu à un rétrécissement foraminaux droit débutant en C5-C6, non significatif mais pouvant être responsable d'un syndrome irritatif sur la racine C6 à droite. Un tunnel carpien n'était pas écarté devant la symptomatologie, ainsi qu'un phénomène de Raynaud, mais il n'y avait pas d'argument pour un canal cervical étroit ni pour une myélopathie.

Le 5 mars 2020, l'assureur automobile du conducteur qui a embouti le véhicule de l'assurée a déposé un rapport d'expertise. Il en ressort que la voiture de l'assurée a subi un dommage au niveau des pare-chocs arrière, spoiler, aile arrière gauche, jupe, plancher du coffre, longeron arrière gauche et échappement, avec un coût de réparation estimé à environ 5'000 francs.

Le 10 mars 2020, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil de la L.\_\_\_\_\_ SA, a indiqué qu'il existait un lien de causalité

vraisemblable entre l'accident du 26 novembre 2019 et une entorse cervicale moyenne, laquelle justifiait l'arrêt de travail. Le rétrécissement foraminaux C5-C6 était toutefois étranger à l'accident. Le médecin-conseil a préconisé la mise en place d'un assessment auprès de la D.\_\_\_\_\_.

Le 19 mars 2020, l'assurée a consulté le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurochirurgie, en raison de son atteinte à la main droite. Selon le rapport établi à cette occasion, elle a indiqué à ce médecin que, lors de l'accident, elle avait perdu connaissance durant quelques secondes au moment de l'impact, mais qu'elle avait pu sortir du véhicule sans difficulté puis était rentrée chez elle, que des douleurs au niveau du cou étaient apparues dans les 48 heures puis des troubles de la concentration et des vertiges et qu'elle avait progressivement perdu la sensibilité du bras et de la main droite à partir du 12 décembre 2019. Le Dr V.\_\_\_\_\_ a constaté que l'IRM cervicale effectuée le 28 février 2020 ne mettait pas en évidence de conflit discoradiculaire. A l'examen clinique neurologique, l'assurée présentait des cervicalgies ainsi que des douleurs au niveau de la main droite et au niveau du cou dans la région du trapèze droit, avec une brachialgie qui s'irradiait dans la face latérale et externe de la main droite jusqu'aux 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> doigts de la main droite. Elle présentait une diminution de la sensibilité à l'extrémité de ces trois doigts avec une sensation de fourmillements et une hyperhémie de la main droite. En conclusion, le neurologue préconisait de répéter l'examen électromyographique déjà effectué en février 2020 puis, si cet examen était normal, d'effectuer un bilan vasculaire.

Le 23 avril 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a procédé à un examen électromyographique et exposé ce qui suit :

« L'élément essentiel de cet examen est constitué des troubles neurovégétatifs brusques associés à la plainte de douleurs et d'impotence du [membre supérieur droit] alors que les examens cliniques et neurographiques sont normaux. Même en l'absence de signes objectifs (atrophie cutanée, rétraction etc.) il faut envisager la possibilité d'un syndrome douloureux complexe régional.

J'ai demandé au Dr T.\_\_\_\_\_ d'examiner la patiente et celui-ci pense également que ce diagnostic est possible et doit faire l'objet

des examens et surtout du traitement adéquat. Heureusement une hospitalisation à la D.\_\_\_\_\_ dès le 24.04.20.

D'autre part une évaluation psychologique me paraît nécessaire car un trouble anxieux est probable, préexistant à l'accident de 2019 mais peut être décompensé par cet accident avec des symptômes pouvant éventuellement être un syndrome post-traumatique.

Il faut noter que le comportement de la patiente ne m'évoque pas un trouble fonctionnel.

Finalement les douleurs thoraciques minimales actuellement sur les articulations de la 6<sup>ème</sup> côte pourrait être due à l'effet de la ceinture lors de l'accident. »

Dans un rapport de consultation du 23 avril 2020, le Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a relevé que la patiente décrivait l'apparition, environ 48 heures après l'accident, de douleurs cervicales postérieures, périscapulaires droites et sternales qui ne s'étaient pas calmées avec la prise d'anti-inflammatoires, augmentant après environ deux à trois semaines et s'accompagnant alors de douleurs dans la main et le bras droits. En consultation, le médecin a constaté un déficit marqué de la mobilité active des doigts II à V de la main droite en flexion et en extension, qui s'accompagnait de douleurs prédominant au niveau brachial antérieur, périscapulaire droit et distalement des doigts II à V. Le Dr T.\_\_\_\_\_ a relevé l'absence d'atteinte neurologique objective, ainsi que l'absence de lésion somatique spécifique susceptible d'expliquer d'un point de vue orthopédique la diminution de mobilité observée au niveau des doigts, ajoutant qu'il paraissait difficile d'expliquer les douleurs sur une base vasculaire et qu'il n'avait « dans le même temps aucun indice pour considérer une origine artéfactuelle de ces discrets troubles constatés ». Il a conclu comme suit :

« (...) En présence d'une douleur non explicable sur base organique, d'une diminution de la mobilité active des doigts, d'une tuméfaction, d'une possible zone réduite d'hyperpathie et de sensations de dysesthésie et d'engourdissement référées anamnestiquement, on peut retenir mais sans conviction absolue qu'il existe des éléments minimaux pour évoquer si ce n'est formellement diagnostiquer un CRPS [ou SDRC : syndrome douloureux régional complexe] de type 1 en accord avec les critères diagnostiques dits de Budapest. Si les éléments dans le sens de ce diagnostic de CRPS apparaissent discrets et peu nombreux, il n'existe dans le même temps pas de diagnostic différentiel d'origine organique à considérer pour les

troubles constatés. Dans le diagnostic différentiel, on peut naturellement encore évoquer comme origine des troubles un problème d'origine psychogène, avec œdème de stase au niveau de la main en rapport avec la sous-utilisation, éventualité diagnostique sur laquelle je ne peux naturellement pas me prononcer en tant que chirurgien orthopédique. Dans le même sens mais sans pouvoir bien entendu l'exclure, je ne retiens pas non plus d'éléments parlant pour une simulation.

Même si ce diagnostic de CRPS n'apparaît pas complètement convaincant, en l'absence d'autres diagnostics probants, je préconiserais personnellement une prise en charge similaire à un CRPS, avec un accent particulier sur de la rééducation ergothérapeutique et physiothérapeutique en miroir. J'avais initialement pensé à suggérer à l'assurance accidents d'effectuer une évaluation complémentaire auprès d'un médecin avec hautes compétences dans le domaine de CRPS, mais la patiente m'a informé en fin de consultation qu'elle devait se rendre à la D. \_\_\_\_\_ ce lundi 27 avril pour une évaluation de trois jours qui devrait permettre d'évaluer de manière plus approfondie cette suspicion diagnostique de CRPS. La patiente est également d'accord d'effectuer un séjour stationnaire pour réadaptation si nécessaire. »

L'assurée a séjourné à la D. \_\_\_\_\_ du 18 au 20 mai 2020, où elle a participé à des évaluations psychiatriques, neurologiques et en atelier professionnel. Dans le rapport d'évaluation interdisciplinaire établi le 27 mai 2020, les Drs Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, et Y. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne générale, ont posé les diagnostics primaires de traumatisme cervical indirect de degré II selon la classification de QTF (Quebec Task Force), survenu le 26 novembre 2019, et de possible SDRC de type I du membre supérieur droit. Ils ont exposé que « les investigations cliniques, radiologiques et électrophysiologiques pein[aient] à objectiver un substrat neurologique à l'origine du tableau [clinique] » et qu'il n'y avait pas de substrat organique permettant de l'expliquer d'un point de vue orthopédique. Ils ont relevé qu'à six mois de l'accident, les douleurs étaient disproportionnées par rapport à l'événement initial. La symptomatologie du traumatisme cervical était au décours et le possible CRPS de type I était en phase II. Par ailleurs, l'évaluation psychiatrique effectuée par le Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, n'a pas permis de retenir une psychopathologie.

Dans son avis du 1<sup>er</sup> juin 2020, le Dr F. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il y avait une relation de causalité naturelle « vraisemblablement

prédominante » pour le diagnostic de traumatisme cervical de degré II, mais non pour le diagnostic de possible CRPS de type I du membre supérieur droit. Il rappelait en outre que le rétrécissement foraminaux C5-C6 débutant à droite était étranger à l'accident et que cet événement avait provoqué une aggravation « vraisemblablement passagère » et que le status quo sine vel ante n'était pas encore atteint.

L'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité le 18 juin 2020.

Le 14 juillet 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, a examiné l'assuré et pris connaissance de son dossier radiologique. Au terme de son rapport, le spécialiste a conclu à l'absence « d'atteinte neurologique significative, à caractère tant céphalique que médullaire, radiculaire et tronculaire ».

Le 17 juillet 2020, l'assurée a consulté la Dre C. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, laquelle a posé en particulier le diagnostic suivant : « Cervico-dorso-brachialgies d'origine mixte post-traumatique avec possible composante de CRPS. Contexte anxieux ».

Une IRM de la colonne cervico-dorsale a été effectuée le 24 juillet 2020. Cet examen a abouti à la conclusion suivante :

« Absence de fracture ou tassement vertébral constaté. Absence de rétrécissement canalaire ou signe de myélopathie. Arthrose postérieure C7-D1 gauche à caractère inflammatoire. Petites protrusions discales C3-C4, C4-C5 et C5-C6, médianes sans hernie discale ou conflit radiculaire. Protrusions discales D3-D4 médiane et para-médiane gauche, D4-D5 para-médiane droite et D11-D12 pré-foraminaux et foraminaux droite à base large sans net conflit radiculaire. »

Le 24 juillet 2020, la L. \_\_\_\_\_ SA a adressé un courrier à l'assurée, dans lequel elle indiquait qu'en l'absence de circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou de lésions physiques graves propres à entraîner des troubles psychiques, l'événement du 26 novembre 2019 devait être qualifié « d'accident bénin à la limite des

accidents de gravité moyenne », de sorte que le lien de causalité entre les troubles psychiques de l'assurée et cet accident devait être nié.

Dans un rapport du 5 novembre 2020, se fondant sur un examen clinique et un dossier d'imagerie médicale obtenu par l'assurée dans son pays d'origine en septembre 2020, le Prof. P. \_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a conclu comme suit :

« La correspondance entre l'anamnèse, les plaintes et l'imagerie est modeste. Lésions possiblement post-traumatiques au niveau du genou et de la cheville droites. Lésions d'allure dégénérative et relativement banales par ailleurs. Contexte complexe avec perte de confiance dans les médecins de la D. \_\_\_\_\_.  
Le traitement devrait avant tout reposer sur de la physiothérapie active puis, selon l'évolution, le recours à des traitements locaux pourrait être envisagé selon la localisation des douleurs les plus gênantes ».

Dans un avis du 17 décembre 2020, le Dr F. \_\_\_\_\_ a confirmé qu'il y avait une relation de causalité naturelle « vraisemblablement prédominante » concernant le diagnostic de traumatisme cervical indirect de degré II, mais non pour le diagnostic de CRPS de type I du membre supérieur droit. Il a ajouté qu'en l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident du 26 novembre 2019 et « en présence d'un état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie », l'accident a cessé de déployer ses effets sur les troubles cervicaux après douze mois.

Par décision du 17 décembre 2020, dont copie a été transmise à la caisse d'assurance-maladie de l'assurée, la L. \_\_\_\_\_ SA a dit que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et l'événement du 26 novembre 2019 n'était plus admis dès le 27 novembre 2020 et qu'il n'y avait plus de droit aux prestations de l'assurance-accidents auprès de la L. \_\_\_\_\_ SA.

Le 18 janvier 2021, représentée par l'agent d'affaires breveté Christophe Savoy, l'assurée s'est opposée à la décision précitée, en faisant valoir que les divers rapports médicaux ne permettaient pas de conclure que les symptômes qu'elle ressentait relevaient d'un état préexistant à l'accident. Dans une écriture complémentaire du 11 mars

2021, elle a produit les traductions de rapports d'IRM passés en [...] durant l'été 2020 et d'une « fiche de consultation » établie le 23 septembre 2020 par la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin à [...]. Elle s'est prévalu en particulier des résultats d'une IRM de la colonne thoracique/lombaire, constatant la présence d'un « débord discal circonférentiel minimum L5-S1 avec fissure annulaire fibreuse, tangente aux racines extraforaminales L5 ».

Dans un rapport du 26 mars 2021, prenant connaissance des comptes-rendus d'IRM et rapports médicaux obtenus par l'assurée en [...], le Dr F.\_\_\_\_\_ a conclu que l'accident du 26 novembre 2019 avait vraisemblablement occasionné une contusion du rachis ou un traumatisme cervical indirect de stade II, mais n'avait pas provoqué de lésion structurelle et avait cessé de déployer ses effets douze mois après. S'agissant des documents médicaux produits par l'assurée, il a relevé en particulier ce qui suit :

« Les comptes rendus des IRM cérébrale, cervicale, thoracique et lombaire, réalisées le 18.08.2020 à [...], ont confirmé l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident du 26.11.2019 et la présence d'un état antérieur dégénératif/maladif du rachis cervical, thoracique (dorsal) et lombaire, sous forme notamment de discopathies, de débords discaux et d'une fissure d'anneau fibreux.

Contrairement à ce qu'affirme M Ch. Savoy (complément d'opposition du 11.03.2021), les lésions décrites sur les IRM du rachis et notamment la fissure annulaire fibreuse sont manifestation des pathologies d'étiologie dégénérative/maladie et elles ne sont pas d'étiologie traumatique [...].

La dégénérescence du disque intervertébral est un phénomène fréquent et précoce. Elle est liée à l'âge et favorisée notamment par des facteurs environnementaux, en particulier l'activité, et les facteurs génétiques. Cette dégénérescence aboutit à une discopathie qui peut se présenter avec ou sans hernie discale.

[...]

Si, sur le plan scientifique, il est établi que la dégénérescence discale et la hernie discale ne sont pas provoqués par un facteur externe isolé, et qu'ainsi elles ne peuvent pas être qualifiées de séquelle accidentelle, l'influence d'un traumatisme est fréquemment discutée.

Si l'on se réfère à la littérature médicale, la dégénérescence discale est une affection fréquente que l'on retrouve à l'IRM chez 57 % des patients asymptomatiques selon Greenberg alors que la hernie discale traumatique demeure exceptionnelle. Selon Terhaag et Frowein, une étiologie traumatique a été considérée dans 0.2 % des

cas de patients opérés de hernie discale (4 patients sur un collectif de 1771).

Les considérations biomécaniques et physiopathologiques de la dégénérescence discale permettent de dire que les lésions discales présentes chez cette patiente ne sont pas de nature traumatique et, par conséquent, de nier une relation de causalité pour le moins probable entre l'accident du 26.11.2019 et les troubles persistants du rachis.

Cet accident, qui a vraisemblablement occasionné une contusion du rachis/traumatisme cervical indirect de stade II selon la *QTF (Quebec Task Force)*, sans lésion structurelle qui lui serait imputable, a aggravé de manière passagère l'état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie.

Dans la situation d'une atteinte contusive du rachis/traumatisme cervical indirect, les effets de l'accident sont habituellement résolus dans un délai de 3 mois, les réactions inflammatoires s'étant estompées à cette date. Cependant, en présence d'un état dégénératif/maladif préexistant, ce délai peut être plus long et prolongé jusqu'à 6-9 mois et, dans des cas exceptionnels, jusqu'à 12 mois de l'accident.

Chez cette patiente, on doit considérer que l'accident du 26.11.2019 a cessé de déployer ses effets 12 mois après.

Finalement, la traduction de la fiche de consultation du Dr L. \_\_\_\_\_ du 23.09.2020 n'apporte pas d'élément concret, respectivement pas de donnée objective, permettant de retenir la présence d'une lésion structurelle imputable à l'accident et justifiant une prolongation de la prise en charge par l'assurance-accidents au-delà de 12 mois. »

Par décision sur opposition du 15 avril 2021, la L. \_\_\_\_\_ SA a rejeté l'opposition et confirmé sa décision du 17 décembre 2020.

**B.** Désormais représentée par Me Julien Guignard, G. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal le 17 mai 2021, concluant à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction puis nouvelle décision. Elle a fait valoir, en substance, que l'intimée avait omis de tenir compte de l'existence d'un SDRC du membre supérieur droit, pourtant évoqué par la D. \_\_\_\_\_ déjà et confirmé par la Dre L. \_\_\_\_\_, et pour lequel elle n'avait pas reçu les soins adaptés. La décision était par conséquent entachée d'une constatation incomplète des faits pertinents. L'absence de prise en compte des conclusions formulées par la D. \_\_\_\_\_ lors d'une évaluation que l'intimée avait elle-même ordonnée, rendait en outre la décision arbitraire. La recourante se

plaignait par ailleurs d'une mauvaise application de la jurisprudence relative au caractère adéquat du rapport de causalité, dès lors que quatre au moins des critères permettant de classer l'événement du 26 novembre 2019 comme accident de moyenne gravité, soit en particulier la durée du traitement médical (plusieurs mois après l'accident et consultation d'un médecin dans son pays d'origine), la persistance de doutes relevés par plusieurs membres du corps médical quant à l'existence d'un SDRC, démontrant la persistance de douleurs physiques en lien avec l'accident, l'absence de prise en charge adéquate du SDRC et enfin l'incapacité de travail totale attestée du 13 janvier 2020 au 30 juin 2021 en raison des lésions physiques. La recourante a par ailleurs requis la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin spécialisé dans le SDRC. A l'appui de son recours, elle a produit en particulier un rapport de consultation établi le 9 avril 2021 par le Dr T.\_\_\_\_\_, lequel a noté que la recourante se plaignait « avant tout d'une hypofonctionnalité de la main droite, d'une lourdeur du membre supérieur droit, de douleurs de l'épaule droite, de la colonne cervicale à prédominance droite, d'hypoesthésie de la partie haute du visage à droite, de douleur bilatérale prédominant à gauche au niveau épitrochléen et de douleurs de nature non invalidante au niveau de la main droite, mais également de douleurs du genou droit et de la cheville droite ». Ce médecin a conclu en particulier comme suit :

« Je revois madame G.\_\_\_\_\_ presque une année après ma première évaluation et je constate une situation organique relativement similaire à ce que j'avais alors constaté. La tuméfaction de la main est toutefois un peu plus diffuse, de même que les signes de dyscoloration. En revanche, il y a eu bonne récupération de la mobilité active des doigts, même si celle-ci n'est pas complète. En considération de ces éléments, de ceux constatés lors du séjour à la D.\_\_\_\_\_ et de l'aspect clinique, je retiens le diagnostic de probable SDRC au niveau du membre supérieur droit et plus particulièrement de la main droite. En l'absence de diagnostic différentiel satisfaisant et en présence de signes cliniques objectifs, il n'y a en effet pas lieu de considérer le diagnostic de SDRC comme uniquement possible. A cela s'ajoutent des signes de myogélose et d'insertionite pratiquement uniquement localisés à la région trapézienne droite, respectivement cervicale. Durant l'entretien, j'ai eu le sentiment que la patiente avait des difficultés à admettre en considération du vécu psychologique de l'accident qu'il n'y a pas eu de lésion organique plus grave et elle éprouve aussi des difficultés à se projeter en avant dans la direction de la guérison, présentant dans le même temps des difficultés à admettre le diagnostic de SDRC et les possibilités de guérison en rapport avec ce diagnostic. Durant l'examen, je n'ai

constaté aucun élément qui devrait faire considérer une exagération des symptômes, une stimulation ou une origine artéfactuelle des signes cliniques objectifs, chez une patiente par ailleurs extrêmement collaborante durant l'anamnèse et le status. »

Par décision du 7 juin 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 17 mai 2021, comprenant l'assistance d'un défenseur d'office en la personne de Me Julien Guignard.

Par réponse du 12 juillet 2021, représentée par Me Michel D'Alessandri, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition. S'appuyant sur la jurisprudence du Tribunal fédéral, elle a relevé que les conditions pour retenir un lien de causalité entre l'accident et les douleurs au bras droit dont elle se plaignait n'étaient pas remplies, d'une part parce qu'aucun médecin n'a formellement retenu le diagnostic de SDRC et, d'autre part, parce qu'il n'a pas été démontré que ces douleurs étaient apparues en raison d'une lésion physique du membre concerné ou à la suite d'une opération nécessitée par l'accident, aucune lésion du membre supérieur droit n'ayant été constatée au moment de l'accident ni lors de la première consultation médicale. L'intimée a ensuite rappelé qu'aucune atteinte d'ordre psychique n'avait été retenue par les médecins de la D. \_\_\_\_\_ et que la question d'un éventuel lien de causalité entre l'accident et l'apparition éventuelle d'un trouble psychique avait déjà été tranchée par la négative en juillet 2020. S'agissant du diagnostic de traumatisme cervical de degré II, les investigations n'avaient montré aucun signe neurologique ou organique susceptible d'expliquer les douleurs. En revanche, les neurologues consultés avaient tous relevé un état maladif préexistant, soit de discrets troubles dégénératifs débutants qui avaient vraisemblablement été passagèrement aggravés par l'accident, et aucun de ces médecins n'avaient contesté les conclusions du Dr F. \_\_\_\_\_ quant à l'extinction du lien de causalité naturelle douze mois après l'accident. Enfin, la recourante n'ayant consulté que quinze jours après l'accident, l'application de la jurisprudence relative aux accidents de type « coup du lapin » était exclue, les symptômes n'étant pas apparus dans les 72 heures suivant l'accident et l'accident étant de gravité moyenne, à la

limite d'un accident de peu de gravité, sans circonstances particulières à prendre en considération.

Répliquant le 10 septembre 2021, la recourante a fait valoir que les premières douleurs n'avaient pas commencé quinze jours après l'accident comme retenu par l'intimée, mais très rapidement après l'événement, ce dont il était fait état dans le rapport de consultation du 12 décembre 2019. Elle a en outre affirmé qu'elle avait brièvement perdu connaissance au moment de l'impact et qu'il avait été constaté le 12 décembre 2019 une difficulté à diriger son œil gauche vers l'intérieur lors d'une vision de près, ce qui était un signe de commotion cérébrale et démontrait que le choc avait été violent. Elle a en outre relevé qu'elle n'avait présenté aucun symptôme irritatif avant l'accident, de sorte qu'il fallait retenir que le rétrécissement foraminaux droit débutant en C5-C6 était dû à l'accident. Elle a par ailleurs fait valoir que de nombreux médecins consultés s'accordaient à dire qu'il y avait une haute probabilité de SDRC. La recourante a contesté la valeur probante du rapport du Dr P.\_\_\_\_\_, auquel elle reproche un manque de précision, et critiqué l'interprétation faite par le Dr F.\_\_\_\_\_ du rapport médical de la Dre L.\_\_\_\_\_, en ce qu'il a omis le fait que celle-ci avait constaté un débord discal circonferentiel minimum L5-S1, soit une lésion qui pouvait être causée par un choc violent, pour retenir un état maladif préexistant qu'aucun médecin consulté par l'assurée n'avait mentionné. Cela étant, il fallait retenir l'existence d'un SDRC du bras droit et de douleurs cervicales causées par un « coup du lapin » en lien avec l'accident du 26 novembre 2019. A l'appui de son écriture, la recourante a produit notamment un rapport d'IRM dorsale du 25 juin 2021, révélant une petite hernie discale paramédiane gauche en D3-D4 sans conséquence neurologique, de multiples hémangiomes bénins d'aspect et l'absence d'autre anomalie dorsale, ainsi qu'un rapport de consultation établi le 6 juillet 2021 par le Dr T.\_\_\_\_\_, concluant comme suit :

« La patiente continue de se plaindre de douleurs diffuses prédominant au membre supérieur droit au niveau de la ceinture scapulaire droite, avec irradiation cervicale mais également lombaires et douleurs irradiant dans le membre inférieur droit, sans systématisation claire d'un point de vue dermatomérique. La

gestuelle du membre supérieur droit est toujours appauvrie par rapport au controlatéral mais l'usage est conservé et on ne note pas d'amyotrophie de sous-utilisation.

L'examen IRM thoracique [...] effectué le 25 juin 2021 montre un cadre pathologique réduit, stable par rapport aux examens précédents, non susceptible d'expliquer les symptômes. »

Par duplique du 30 septembre 2021, l'intimée a contesté le contenu du rapport du Dr T. \_\_\_\_\_ du 6 juillet 2021 produit par la recourante, dès lors qu'il contredisait les faits, dont en particulier le rapport établi par ce même médecin le 23 avril 2020. Elle a réitéré pour le surplus l'argumentation développée dans sa réponse et maintenu ses conclusions.

Le 13 octobre 2021, la recourante a produit les pièces supplémentaires suivantes, en relevant qu'elles étayaient la probabilité d'un « coup de lapin » en révélant un traumatisme ancien au cou :

- La traduction en français du rapport de l'IRM du bras droit effectuée le 3 septembre 2020 en [...], signalant, pour la main droite, un « petit kyste synovial intercarpien externe », pour le coude droit, « aucune modification visible à l'IRM sans produit de contraste au niveau de l'articulation », ainsi que pour l'épaule droite, une « lésion fibrillaire du tendon sus-épineux et lame fluide dans la bourse sous-acromio-sous-deltaïdienne » et des « modifications modérées de l'arthrose acromio-claviculaire droite ».
- La traduction en français du rapport de l'IRM du bassin et du membre inférieur droit effectuée le 15 septembre 2020 en [...], signalant, pour le bassin, des « petites lésions kystiques sous-chondrales - tête fémorale droite » et un « fibrome utérin volumineux », pour le genou droit, une « lésion MI de la corne postérieure de grade I », « une synovite adjacente à la partie distale de LIA » et une « bourse rétropatellaire minime », ainsi que pour la cheville

droite, une « tendinopathie talo-fibulaire postérieure chronique avec synovite fermée associée », une « synovite adjacente au tendon fléchisseur long de l'orteil, dans la portion rétrocalcaneique » et une « hydroarthrose tibiotarsienne antérieure minimale ».

Se déterminant sur ces nouvelles pièces le 25 octobre 2021, l'intimée a fait valoir que, contrairement à ce qu'elle affirmait, les IRM produites par la recourante ne démontraient pas de traumatisme au niveau du cou, aucune n'ayant porté sur cette partie du corps.

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

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

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

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à la poursuite de la prise en charge par l'assurance-accidents au-delà du 27 novembre 2020.

**3. a)** 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 professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable,

soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 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 ; TF 8C\_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C\_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

**4. a)** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt

qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

**b)** En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

**5.** Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé CRPS, algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck, constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis. L'International Association for the Study of Pain (IASP) a réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir :

- 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant
- 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes :
  - Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie

- Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau
- Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation
- Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)

3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes :

- Sensorielle : hyperalgésie (à la piquûre) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire)
- Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau
- Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation
- Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau)

4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes

Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (TF 8C\_416/2019 consid. 5.1 et les réf. citées, en particulier Luthi et al., Syndrome douloureux régional complexe, in Revue Médicale Suisse, 27 février 2019, p. 495 ss).

Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C\_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, le Tribunal fédéral a considéré que trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C\_416/2019 consid. 5.2 ; 8C\_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références citées) :

- a) la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ;
- b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ;
- c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

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

Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C\_135/2011 du

21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010 consid. 6.1 et les références citées). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

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

Dans le cadre du premier cas de figure, la méthode spécifique instaurée par la jurisprudence pour examiner le lien de causalité adéquate impose d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer les critères objectifs - dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif - formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1) :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. 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 134 V 109 consid. 10.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2).

**c)** L'examen de la causalité adéquate implique donc, dans un premier temps, de classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C\_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 et les réf. citées).

**7.** En l'espèce, la recourante fait valoir que l'intimée n'a pas suffisamment investigué à propos du diagnostic de SDRC. Elle lui reproche également de ne pas avoir examiné la situation sous l'angle de la jurisprudence relative au coup du lapin.

A titre liminaire, il convient de relever que durant l'été 2020, la recourante s'est rendue en [...] afin d'y passer une série d'examens médicaux. Elle a fait traduire en français les rapports des différentes IRM qu'elle a obtenus, et les a fournis aux médecins qu'elle a consultés à son retour en Suisse, ainsi qu'à l'intimée. Elle a également produit la traduction d'une « fiche de consultation » établie le 23 septembre 2020 par la Dre L.\_\_\_\_\_. Ce dernier document présente en premier lieu une longue liste d'atteintes, suivie de rubriques intitulées successivement « SUBJECTIF », comportant ce qui semble être la liste des plaintes de la recourante, « EXAMEN OBJECTIF NEUROLOGIQUE », « RECOMMANDATIONS / PLAN D'INVESTIGATION », avec des recommandations diététiques, comportementales ou de spécialistes à consulter, et enfin « TRAITEMENT », consistant en une liste de médicament avec la posologie. Il n'est cependant pas précisé si la liste d'atteintes du début concerne des diagnostics posés par le médecin ou ses pistes d'investigation. Par ailleurs, aucune rubrique ne contient d'anamnèse, de discussion, ni de conclusion motivée exploitable. Par conséquent, ce rapport s'avère dépourvu de toute valeur probante.

Cela étant, il y a lieu de constater en premier lieu que la recourante ne conteste pas l'appréciation de l'intimée, selon laquelle aucune atteinte d'ordre psychique n'est en lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2019. Sur ce point, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 27 mai 2020. Le volet psychiatrique de l'expertise a été établi par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, sur la base d'un entretien avec la recourante. Son rapport, annexé à l'analyse pluridisciplinaire, comprend une anamnèse complète de l'intéressée, incluant les plaintes de celle-ci. Les conclusions, qui aboutissent en l'occurrence à l'absence de diagnostic sur le plan psychique, sont étayées. L'expertise psychiatrique est donc complète et remplit tous les réquisits de la jurisprudence en la matière. Une pleine valeur probante doit par conséquent lui être reconnue, de sorte que l'on doit retenir l'absence d'atteinte d'ordre psychique.

**8. a)** S'agissant du SDRC ou CRPS, la recourante considère que ce diagnostic a été posé dès avril 2020 et se réfère, en particulier, aux rapports établis par le Dr T.\_\_\_\_\_. En réalité, les différents médecins qui ont examiné l'intéressée ne sont pas aussi affirmatifs. Dans le rapport d'IRM du 28 février 2020, il a été exclu que la symptomatologie du bras soit liée au rétrécissement foraminaux débutant en C5-C6, à une myélopathie ou à un canal cervical étroit. Le radiologue évoquait en revanche un phénomène de Raynaud ou un tunnel carpien. Le Dr V.\_\_\_\_\_ consulté en mars 2020 allait dans le même sens, face à un examen électromyographique normal en février 2020. Puis, le 23 avril 2020, le Dr H.\_\_\_\_\_ a évoqué, alors que les examens cliniques étaient normaux, la possibilité d'un SDRC tout en relevant l'absence de signes objectifs de ce syndrome. Consulté le même jour, le Dr T.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il existait des éléments minimaux pour évoquer un SDRC, « sans conviction absolue » et sans formellement le diagnostiquer. Il a ajouté que les éléments dans le sens de ce diagnostic étaient « discrets et peu nombreux » et que le diagnostic de SDRC n'apparaissait « pas complètement convaincant ». Il a cependant préconisé une prise en charge de la recourante similaire à celle qui est proposée en cas de SDRC,

tout en observant que le séjour à la D. \_\_\_\_\_ permettrait d'investiguer la problématique de manière plus approfondie.

Il convient ici de relever, comme pour l'évaluation psychique, que le volet somatique de l'évaluation interdisciplinaire de la D. \_\_\_\_\_ comprend une anamnèse complète de l'intéressée reprenant les plaintes de celle-ci, un examen clinique poussé et des conclusions s'appuyant sur l'ensemble du dossier, de sorte qu'elle remplit également tous les réquisits de la jurisprudence en la matière. Or, les médecins de la D. \_\_\_\_\_ n'ont pas formellement diagnostiqué un SDRC de type I, puisqu'ils l'ont mentionné comme diagnostic « possible ». A l'examen clinique du bras droit, ils ont observé ce qui suit :

« Mains/poignets - à l'inspection, on note une discrète tuméfaction autant palmaire que dorsale intéressant les 3<sup>e</sup>, 4<sup>e</sup> et 5<sup>e</sup> rayon à droite avec des circonférences au niveau des phalanges proximales et intermédiaires de 3 à 5 mm supérieur à droite. De même, sans que les périmètres à la hauteur des [métacarpiens] soient asymétriques, on note un empatement du thénar et hypothénar et de la face palmaire en regard des têtes des [métacarpophalangiennes]. Il n'y a pas de différence de coloration, de température au thermomètre infrarouge ni de la sudation. Au niveau des mobilités articulaires : l'enroulement des doigts est complet à gauche, à droite distance pulpes-paume 0 cm mais avec un déficit de 20 à 30° des [articulations interphalangiennes distales] qu'on arrive à enrouler complètement en passif au détriment des douleurs avec une sensation de blocage par augmentation de volume des parties molles, aux dires de la patiente. Empan à 19 cm des deux côtés. Opposition selon Kapandji 10/10 des deux côtés. Poignets F/E 80/70° des deux côtés. Prosupination 80-0-90° des deux côtés. Au testing musculaire, la force des interosseux, lombricaux, thénar, hypothénar, fléchisseurs extenseurs du carpe est symétrique. Au testing de la sensibilité, il n'y pas d'allodynie. La patiente déclare des dysesthésies, plutôt hypoesthésie des dernières trois phalanges plutôt versant palmaire de D3 à D5, de manière tout de même difficilement reproductible. Tinel négatif au canal carpien et au coude. »

Ils ont par ailleurs noté, s'agissant du pronostic médico-théorique d'une reprise professionnelle, qu'il était tributaire du possible syndrome régional complexe douloureux mais que la recourante présentait les facteurs d'évolution favorables suivants : « des symptômes encore modestes : l'absence de raideur, de franc signe vasomoteur, de kinésiophobie et en dépit d'une latéralisation à gauche des activités

monomanuelles, une volonté d'utiliser également le membre supérieur droit dans les activités bimanuelles, absence d'allodynie et d'un trouble psychique constitué », tandis que les facteurs pouvant freiner la réinsertion professionnelle étaient les capacités fonctionnelles se situant en dessous des exigences d'un poste dans la restauration, l'incapacité cervicale ainsi que des facteurs sociaux. En d'autres termes, les médecins de la D. \_\_\_\_\_ ont observé certains éléments diagnostics du SDRC, mais pas suffisamment pour pouvoir le retenir. En regard des critères de Budapest repris par la jurisprudence en la matière, on observe en effet que, lors de son séjour à la D. \_\_\_\_\_, l'assurée n'a pas rapporté au moins un symptôme dans trois des quatre catégories déterminées et que, si les experts ont bien observé un signe clinique dans deux des quatre catégories, ces signes sont décrits comme faibles.

Les rapports des médecins consultés par la recourante par la suite ne remettent pas en cause les conclusions des médecins de la D. \_\_\_\_\_. Ainsi, le 14 juillet 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ prend note du fait que les plaintes de la patiente en relation avec son bras droit sont attribuées à un « possible syndrome régional douloureux complexe », mais ne se prononce pas à ce sujet. Dans son rapport du 17 juillet 2020, la Dre C. \_\_\_\_\_ a également indiqué une « possible composante » de SDRC, mais il apparaît que cette médecin n'a pas eu connaissance des imageries médicales ni des rapports des spécialistes précédemment consultés par sa nouvelle patiente, de sorte qu'elle ne pouvait de toute manière pas étayer un diagnostic autrement que par les déclarations de la recourante. Dans le courant de l'été 2020, la recourante s'est rendue dans son pays d'origine, où elle a obtenu diverses imageries médicales. Or, même si l'on devait reconnaître une valeur probante au rapport établi ensuite par la Dre L. \_\_\_\_\_, il faudrait relever qu'il ne contient aucune mention d'un éventuel SDRC au bras droit, tandis qu'il est constaté notamment l'absence de troubles objectifs de la sensibilité. Ce rapport n'apporte ainsi pas d'élément médical dans le sens d'un tel diagnostic. Consulté en novembre 2020, le Prof. P. \_\_\_\_\_, qui a pu avoir connaissance des examens radiologiques passés par la recourante dans son pays d'origine,

a vu peu de correspondance entre l'anamnèse, les plaintes et l'imagerie médicale, mais ne s'est pas prononcé sur un éventuel SDRC.

Enfin, dans ses rapports d'avril et juillet 2021, le Dr T. \_\_\_\_\_ a conclu à un « diagnostic probable » de SDRC. Outre le fait que, contrairement à ce que soutient la recourante, ce médecin n'a toujours pas formellement posé un diagnostic de SDRC, il convient de relever que le changement pour un diagnostic « probable », plutôt que « possible » précédemment, n'est pas étayé par des éléments médicaux nouveaux, mais repose uniquement sur l'absence de diagnostic différentiel « satisfaisant » et la présence de « signes cliniques objectifs ». Or, comme déjà dit, le Dr T. \_\_\_\_\_ émettait des réserves sur l'existence d'un SDRC en avril 2020 en raison de signes cliniques discrets. Cependant, il a indiqué dans ses deux rapports de 2021 que le tableau clinique était « relativement similaire » à avril 2020. Plus précisément, ses constats objectifs en avril 2021 allaient plutôt dans le sens d'une amélioration, car s'il a noté une tuméfaction « un peu plus diffuse », de même que les signes de dyscoloration, en revanche il y avait eu une bonne récupération de la mobilité active des doigts même si elle n'était pas complète. Il a par ailleurs relevé dans ce même rapport que sa patiente peinait à admettre que son accident n'ait pas causé de lésion organique « plus grave » et qu'elle s'inscrivait difficilement dans la thérapie prescrite pour un SDRC, essentiellement de la physiothérapie. Cet aspect est encore plus relayé dans le rapport de juillet 2021, le médecin ayant dû expliquer à la recourante qu'il n'y avait pas d'indication à poursuivre les investigations médicales. Cela étant, ces deux rapports ne convainquent pas et semblent plutôt guidés par le souhait de répondre à la demande insistante de la recourante de se voir reconnaître une pathologie susceptible d'être mise en relation avec son accident. Ainsi, le diagnostic de SDRC ne peut être retenu sur cette seule base, de sorte qu'aucun élément d'ordre médical ne remet en question les conclusions de la D. \_\_\_\_\_, qui a renoncé à poser un tel diagnostic en raison de critères insuffisants. La lecture des différents rapports précités montre par ailleurs que l'hypothèse du SDRC a été largement investiguée et qu'il n'y a pas lieu, comme l'a souligné le Dr T. \_\_\_\_\_, de procéder à de plus amples investigations.

**b)** Au demeurant, même en admettant que la recourante ait effectivement souffert d'un SDRC à la main droite, dont les premiers signes seraient apparus mi-décembre 2019, il faudrait constater que le lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2019 n'est pas démontré. En effet, aucune lésion physique au bras droit n'a été relevée lors de cet accident ou dans les jours suivants. La recourante n'a en effet jamais mentionné, lors des investigations médicales qu'elle a passées par la suite, que son bras droit aurait heurté quelque chose ou qu'il aurait subi un quelconque traumatisme au moment de l'impact. Lorsqu'elle a consulté, le 12 décembre 2019, elle s'est uniquement plainte de douleurs à la nuque et de céphalées et seule cette problématique a été investiguée. Le rapport de consultation établi lors de cette consultation indique, à l'anamnèse, qu'il n'y a eu ni traumatisme crânien, ni perte de conscience initiale, la recourante ayant été « juste choquée », puis qu'elle avait ressenti le lendemain des céphalées, cervicalgies et sensation d'instabilité. Il en a été de même lorsque la recourante a consulté le Dr S. \_\_\_\_\_ le 30 janvier 2020. Ce médecin a posé le diagnostic d'entorse cervicale et mentionné le status suivant : « Cervicalgie d2, Brachialgie et Troubles sensibilité main dr », mais n'a fait part d'aucune lésion ou traumatisme dans la région de la main. De même, aucun médecin consulté par la recourante n'a rapporté dans l'anamnèse que le bras droit de la recourante aurait subi une lésion ou été heurtée d'une quelconque manière au moment de la collision. L'intéressée ne l'a par ailleurs pas non plus allégué dans son recours.

Dans son écriture du 10 septembre 2021 (p. 25), la recourante fait valoir que le SDRC à sa main droite serait en relation directe avec le traumatisme cervical. Cette assertion n'est toutefois fondée sur aucune base scientifique, les médecins qui ont évoqué un possible SDRC n'ayant même jamais émis de telle hypothèse. Comme l'a fait remarquer l'intimée, les jurisprudences admettant un lien entre un SDRC et un accident impliquent que la région douloureuse a directement subi un traumatisme ou été touchée d'une quelconque manière au moment de l'accident. A cet égard, on précisera s'agissant de l'arrêt TF 8C\_198/2020 du 28 septembre

2020 cité par l'intimée dans son mémoire du 12 juillet 2021 (p. 30), qu'il était en réalité question d'un SDRC au bras droit à la suite d'une fracture de ce même membre ayant nécessité une opération en juillet 2015. Le Tribunal fédéral a retenu que le SDRC avait ensuite évolué favorablement et qu'il n'avait plus été fait mention de ce trouble ou d'indices allant dans ce sens dès décembre 2016, raison pour laquelle les douleurs résiduelles ressenties au bras droit postérieurement à cette date ne pouvaient plus être mise en relation avec le SDRC, respectivement avec la fracture. Par ailleurs, dans l'arrêt TF 8C\_416/2019 du 15 juillet 2020 que la recourante met en parallèle à sa situation, le lien de causalité entre l'accident et le SDRC du poignet droit avait été reconnu, notamment, parce que le poignet droit avait été écrasé durant l'accident. Aucune notion de fracture, d'écrasement, de choc ou de lésion au niveau du poignet droit de la recourante ne ressort de la description qu'elle fait de l'accident. Enfin, contrairement à ce que la recourante semble croire, l'absence de lien de causalité mise en avant par l'intimée ne résulte pas d'un éventuel délai trop long entre la survenance de l'accident et l'apparition des douleurs, mais bien du fait que l'accident n'a pas touché directement la région douloureuse. Pour être complet, on relèvera encore que, s'agissant du délai entre l'accident et l'apparition des douleurs, la recourante a omis le fait qu'elle n'a signalé aucune douleur au bras droit lorsqu'elle a consulté le 12 décembre 2019, la première mention de telles douleurs n'étant apparue qu'à la consultation du Dr S.\_\_\_\_\_ du 30 janvier 2020 ; cette question n'est toutefois pas décisive en l'occurrence.

**9. a)** Concernant les douleurs cervicales ressenties par la recourante, l'intimée a reconnu un traumatisme cervical indirect de degré II en lien de causalité avec l'accident, mais dont l'effet a cessé après une année compte tenu d'un état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie médicale et en l'absence de toute lésion structurelle imputable à l'accident. Ainsi, elle a constaté que le rétrécissement foraminaux C5-C6 débutant à droite était d'origine malade préexistante au traumatisme cervical et a nié la relation de causalité avec l'accident, mais a admis une simple aggravation passagère due à l'accident. La décision litigieuse reprend l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_. Ce médecin a opéré une synthèse

de l'ensemble du dossier médical de l'assurée, y compris les imageries obtenues par cette dernière en [...]. Son analyse est convaincante, dès lors qu'elle est fondée sur des éléments objectifs et qu'elle n'est pas contredite par les éléments figurant au dossier.

Ainsi, le scanner effectué le 12 décembre 2019 a permis d'écarter toute lésion traumatique cérébrale, fracture du crâne, du massif facial ou de la colonne cervicale. En février 2020, l'examen neurologique, comprenant un examen électrophysiologique, n'a pas mis en évidence d'atteinte radiculaire C5 à T1 à droite, mais a révélé une possible irritation radiculaire de type préganglionnaire C6-C7. L'IRM cervicale effectué le 28 février 2020 a montré un rétrécissement foraminal droit débutant en C5-C6, non significatif, pouvant être responsable d'un syndrome irritatif sur la racine C6 à droite. Le Dr F. \_\_\_\_\_ a estimé que ce rétrécissement foraminal était étranger à l'accident et a préconisé un assessment à la D. \_\_\_\_\_. Parallèlement, la recourante a consulté successivement le Dr V. \_\_\_\_\_, qui a relevé l'absence de conflit discoradiculaire sur l'IRM cervicale, puis le Dr H. \_\_\_\_\_, qui a confirmé l'absence de « lésion explicative » pour les douleurs au bras et ajouté qu'il y avait seulement « de très banals troubles dégénératif ». Les médecins de la D. \_\_\_\_\_ ont eu connaissance des imageries et des rapports des autres spécialistes et ont conclu, après avoir procédé eux-mêmes à divers examens, au diagnostic de traumatisme cervical indirect de degré II. A cet égard, ils ont exposé ce qui suit :

« L'investigation neurologique spécialisée retrouve des éléments compatibles avec un traumatisme cervical indirect le 26 novembre 2019. Les vertiges ont disparu ainsi que les troubles de la concentration. Le neurologue retrouve également des douleurs paracervicales et scapulaires d'origine musculo-tendineuse. Du reste, l'examen neurologique est strictement normal devant l'absence de signe d'une atteinte périphérique, radiculaire, plexuelle ou tronculaire du membre supérieur droit. La présence d'une petite sténose foraminal C5-C6 droite découverte à l'IRM cervicale demeure asymptomatique. »

Dans son rapport du 14 juillet 2020, le Dr X. \_\_\_\_\_ fait la même lecture de l'IRM du 28 février 2020, en notant qu'elle n'a révélé « que de discrets troubles dégénératifs débutants au niveau C5-C6, sans

compression radiculaire nette ». Une IRM de la colonne cervico-dorsale effectuée le 24 juillet 2020 a ensuite confirmé l'absence de fracture, de tassement vertébral ou de rétrécissement canalaire, mais montré l'existence d'une arthrose à caractère inflammatoire ainsi que plusieurs petites protrusions discales sans hernie discale ou conflit radiculaire.

S'agissant ensuite de l'IRM thoracique-lombaire passée par la recourante en [...], le rapport mentionne plusieurs discopathies, une petite hernie et un « débord discal circonférentiel minimum L5-S1 avec fissure annulaire fibreuse, tangente aux racines extraforaminales L5 ». La recourante veut déduire de ce rapport d'IRM la preuve d'une lésion causée par son accident. Une telle conclusion ne ressort cependant pas dudit rapport d'IRM, ni même du rapport de la Dre L.\_\_\_\_\_. Ce dernier rapport, dont la valeur probante est de toute manière faible (cf. consid. 7 ci-dessus), mentionne une névralgie cervico-brachiale et une discopathie cervicale étagée C5-C7, sans autre commentaire quant à leur origine ou sur leur impact sur l'état de santé de la recourante, étant relevé que les observations cliniques d'ordre neurologique qui suivent sont toutes négatives (absence de signe neurologique focal, absence de signes d'irritation radiculaire). A son retour en Suisse, l'assurée a soumis ces IRM au Dr P.\_\_\_\_\_, lequel a constaté une correspondance « modeste » entre l'anamnèse, les plaintes et l'imagerie, l'existence de lésions « possiblement » post-traumatiques au niveau du genou et de la cheville droite et des lésions « d'allure dégénératives relativement banales ».

En définitive, la recourante remet en cause la valeur probante des rapports des Drs X.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et F.\_\_\_\_\_, soit les médecins qui évoquent clairement des atteintes dégénératives, mais n'apporte aucun élément d'ordre médical susceptible de remettre en cause leurs conclusions. Il n'en demeure pas moins que les avis du Dr F.\_\_\_\_\_, lequel a également eu connaissance des imageries de [...] et a confirmé sur cette base l'existence « d'un état antérieur dégénératif/maladif du rachis cervical, thoracique (dorsal) et lombaire », sont étayés et peuvent donc être suivis. Par ailleurs, la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, retient qu'une aggravation post-traumatique (sans

lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C\_746/2018 du 1<sup>er</sup> avril 2019 consid. 3.2 ; 8C\_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2). Il n'y a ainsi pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr F.\_\_\_\_\_, qui s'inscrit dans le cadre de la jurisprudence en la matière.

**b)** La recourante se prévaut cependant de la jurisprudence relative aux traumatismes de type « coup du lapin », faisant valoir que les douleurs cervicales et brachiales dont elle continue à souffrir ne peuvent s'expliquer que par de microlésions causées par l'accident. Il faut d'emblée constater qu'aucun rapport médical au dossier n'établit de causalité entre l'accident et l'état de santé actuel de la recourante, ni ne remet sérieusement en cause l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée.

Cela étant, il est constant que l'intéressée s'est plainte de douleurs à la nuque et aux épaules dans les 72 heures qui ont suivi l'accident, ce dont elle a fait part lors de sa première consultation, le 12 décembre 2019. Cependant, il y a lieu de relever que l'accident du 26 novembre 2019 ne peut être qualifié tout au plus que de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité. En effet, le constat établi après l'accident indique que la collision a eu lieu par l'arrière, à l'entrée d'un rond-point. Lors de la consultation du 12 décembre 2019, le médecin a noté que la patiente était ceinturée, que sa voiture a été projetée vers le centre du rond-point et qu'il n'y a eu ni « TC » (traumatisme crânien), ni « pdc initiale » (perte de conscience initiale), l'intéressée étant « juste choquée ». Ce n'est qu'à la consultation du Dr V.\_\_\_\_\_, le 19 mars 2020, que la recourante a évoqué pour la première fois une perte de conscience de quelques secondes au moment de l'impact, puis a repris cette information dans son opposition à la décision de l'intimée et ensuite dans son recours. Elle n'a toutefois pas donné cette information au Dr H.\_\_\_\_\_, consulté le 23 avril 2020, ni aux médecins qui l'ont examinée à la D.\_\_\_\_\_ en mai 2020, ceux-ci ayant relevé que la recourante s'était « sentie plutôt "sonnée" ou choquée par l'accident mais il n'y a pas eu de

perte de connaissance ni d'amnésie circonstanc[ielle] ». Il faut dès lors retenir que le choc n'a pas causé de perte de conscience et que les déclarations contraires de la recourante sont le fruit de réflexions ultérieures.

Dans ses écritures, la recourante a encore insisté sur le fait que le choc avait été violent du point de vue cinétique, du fait qu'elle était arrêtée et que l'autre véhicule roulait à 60 km/h. Cet élément n'est toutefois confirmé par aucune pièce au dossier. Au contraire, les photographies des dommages à son véhicule figurant dans le rapport d'expertise de l'assureur ne montrent pas de déformation importante de la carrosserie, ce qui plaide en faveur d'un choc modéré. L'accident n'a pas justifié l'intervention de la police et la recourante est rentrée chez elle avec son véhicule. De manière générale, le Tribunal fédéral considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt devant un feu de signalisation ou un passage pour piéton constitue un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (TF 8C\_220/2016 du 10 février 2017 consid. 5.2 et les réf. citées ; 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 6.1.1 et les réf. citées). Dans l'arrêt TF 8C\_220/2016 précité, l'assuré était passager d'un véhicule arrêté au feu de signalisation avant d'être percuté par le véhicule qui le suivait. Dans l'arrêt TF 8C\_135/2011 précité, l'accident s'était produit sur l'autoroute ; le véhicule de l'assuré était quasiment à l'arrêt en raison de la densité du trafic lorsqu'un véhicule est venu le percuter par l'arrière et l'a projeté en avant sans qu'il ne touche le véhicule qui le précédait. Ces situations sont similaires à l'accident subi par la recourante tel qu'il ressort du dossier, de sorte qu'il doit être qualifié de gravité moyenne, à la limite du cas de peu de gravité, comme l'a relevé l'intimée.

Il importe dès lors que plusieurs des critères consacrés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que l'accident puisse être tenu comme cause adéquate des douleurs persistantes dont souffre la recourante. A ce propos, celle-ci considère que la durée du traitement a été anormalement longue, sur de nombreux mois, l'amenant à consulter dans son pays d'origine, que la persistance de

doute quant à l'existence d'un SDRC démontre qu'elle continue de subir des douleurs, que l'absence de prise en charge axée sur le SDRC a induit une aggravation des séquelles de l'accident et qu'il y a persistance d'une incapacité de travail en raison des lésions physiques. S'agissant des douleurs, leur persistance depuis l'accident n'est pas remise en cause. Cependant, il y a lieu de rappeler que le diagnostic de SDRC n'a jamais été formellement retenu et qu'il ne pourrait de toute manière pas être mis en lien de causalité avec l'accident. Par conséquent, les éventuelles errances thérapeutiques du « possible » SDRC à la main droite ne sauraient être retenues pour l'examen d'un lien de causalité entre l'accident et les douleurs encore ressenties. Au demeurant, il apparaît que, lorsqu'il a préconisé une prise en charge similaire à celle d'un SDRC, le Dr T.\_\_\_\_\_ a principalement évoqué des séances de physiothérapie, de même que les médecins de la D.\_\_\_\_\_. C'est également ce que semble avoir prescrit la Dre L.\_\_\_\_\_ (« kinétothérapie », *recte* kinésithérapie). Or, l'assurée a bénéficié de prescriptions de physiothérapie dès sa première consultation, le 12 décembre 2019, de sorte que l'on ne discerne aucune erreur de traitement médical, ni d'indice quant à une aggravation notable des séquelles de l'accident en raison du traitement suivi. Quant au traitement antalgique, constitué essentiellement d'un anti-inflammatoire non stéroïdien et de paracétamol en réserve, il peut être qualifié de léger. Ainsi, nonobstant sa durée, une telle prise en charge ne saurait être qualifiée de pénible, ni les douleurs de particulièrement intenses. S'agissant enfin de l'incapacité de travail subie depuis l'accident, cet élément ne suffit pas à lui seul à permettre de retenir un lien de causalité, étant au surplus relevé que le dossier ne contient aucun élément quant aux efforts fournis par l'assurée pour reprendre une activité professionnelle, mais que cet élément de fait peut rester indécis en l'absence de tout autre critère. Enfin, la recourante ne plaide pas, à juste titre, l'existence de circonstances concomitantes à l'accident particulièrement dramatiques ou impressionnantes, ni la gravité des lésions.

Par conséquent, les conditions pour qu'un lien de causalité soit retenu entre les plaintes actuelles de l'assurée et l'accident du 26 novembre 2019 ne sont pas réunies.

**10.** A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire afin de déterminer si elle présente un SDRC à la main droite.

A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C\_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

**11. a)** En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**c)** Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses

difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

Par décision de la Juge instructrice du 7 juin 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Julien Guignard. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 8 février 2022, laquelle fait état d'un total de 39.61 heures de travail fourni. Or, certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas de la durée de l'entretien avec la cliente, l'ouverture du dossier et étude des pièces, comptabilisées à 3 heures 30, la rédaction du recours comptée à hauteur de 15 heures et la rédaction de la réplique avec recherches comptées à raison de 10 heures, écritures auxquelles s'ajoutent des déterminations rédigées en 4 heures, ainsi que des mails et téléphones à la cliente entre le 9 et le 10 septembre 2021 totalisant près d'une heure. Par ailleurs, d'une manière générale, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En définitive, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 22 heures, auxquelles doit être appliqué un tarif horaire de 180 francs. S'y ajoute le forfait de 5 % du défraiment hors taxe pour les débours (art. 3<sup>bis</sup> al. 1 RAJ). Par conséquent, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'478 fr. 15, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3<sup>bis</sup> RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]).

La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires

institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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

- I. Le recours est rejeté.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 15 avril 2021 par L.\_\_\_\_\_ SA est confirmée.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.
  
- IV. L'indemnité de Me Julien Guignard, conseil d'office de G.\_\_\_\_\_, est arrêtée à 4'478 fr. 15 (quatre mille quatre cent septante-huit francs et quinze centimes), débours et TVA compris.
  
- V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement des frais judiciaires et de l'indemnité du conseil d'office provisoirement mis à la charge de l'Etat.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Julien Guignard (pour G. \_\_\_\_\_),
- Me Michel D'Alessandri (pour L. \_\_\_\_\_ SA),
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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

La greffière :