

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 décembre 2019

Composition : M. MÉTRAL, président
Mmes Pasche et Berberat, juges
Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

J._____, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,
avocat à Lausanne,

et

W._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA.

E n f a i t :

A. J. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1968, travaillait en qualité de gestionnaire de dossiers spécialisés pour [...]. A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents auprès de W. _____ SA (ci-après : W. ou l'intimée).

Le 15 octobre 2016, l'assurée a glissé dans la buanderie et a chuté. Le lundi 18 octobre suivant, elle a consulté le Dr H. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, lequel a attesté une incapacité de travail à 100 %, par certificat du même jour.

Le 29 novembre 2016, l'employeur de l'assurée a déclaré cet accident à W. qui a pris en charge le cas.

A teneur d'un rapport rédigé le 8 décembre 2016 à la suite de radiographies de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, le N. _____, radiologue, a constaté l'absence de fracture vertébrale et de luxation ou subluxation vertébrale. Il a relevé qu'il existait des troubles de la statique, avec un effacement de la lordose cervicale témoignant vraisemblablement de contractures musculaires et une hyperlordose sur la jonction lombosacrée accompagnant une discopathie L5-S1.

Dans un rapport médical initial du 14 décembre 2016 adressé à W., le Dr H. _____ a diagnostiqué un lumbago à la suite d'une chute. Relevant des douleurs lombaires chez l'assurée, il a ordonné un traitement conservateur. Il a constaté une incapacité de travail de 100 % dès le 17 octobre 2016, puis une reprise partielle du travail à 50 % dès le 7 novembre 2016, à 60 % dès le 1^{er} décembre 2016, à 80 % dès le 10 janvier 2017 et à 100 % dès le 30 janvier 2017.

Le 8 mai 2017, l'assurée s'est soumise à une imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) de la colonne cervicale. Cet

examen a mis en évidence de discrets troubles dégénératifs de la colonne cervicale. Il a notamment permis d'exclure une hernie et des séquelles de fracture chez l'intéressée (rapport du 8 mai 2017 du Dr B._____, radiologue).

Dans un rapport médical du 29 novembre 2017, le Dr H._____ a posé le diagnostic de contusion cervico-dorsale post-traumatique en octobre 2016. Il a précisé qu'un traitement de physiothérapie de longue durée était en cours, mais qu'aucun contrôle subséquent n'était toutefois prévu, la dernière consultation ayant eu lieu en septembre 2017. Dans la rubrique « remarques », le praticien a relevé que des radiographies fonctionnelles cervicales montraient une infime instabilité en C4-C5 et C5-C6, partiellement dans un contexte dégénératif.

Selon une note au dossier relative à un entretien du 12 décembre 2017 entre W. et le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique de l'appareil locomoteur et médecin conseil de l'assurance, ce dernier a exposé que pour une contusion cervicale, l'assurance intervenait trois voire quatre mois en cas de troubles dégénératifs et qu'ainsi elle n'avait pas à prendre en charge l'IRM du 8 mai 2017.

Par décision du 27 décembre 2017, W. a informé l'assurée de la fin du versement des prestations au 15 février 2017. Elle a tout d'abord relevé que, selon son service médical, une entorse cervicale cessait généralement de déployer ses effets après un délai maximal de quatre mois. Elle a ensuite indiqué que, dans le cas particulier et selon son médecin conseil, les troubles persistants ne pouvaient être attribués avec vraisemblance à l'accident du 15 octobre 2016. Le médecin conseil avait en outre observé l'absence de lésion anatomique traumatique sur le rapport de l'IRM du 8 mai 2017. L'assurance a donc considéré que son intervention devait être limitée dans le temps, soit jusqu'au 15 février 2017, date au-delà de laquelle le lien de causalité entre les troubles cervicaux et l'accident ne pouvait plus être admis. W. a toutefois accepté

de prendre en charge les frais relatifs à l'IRM du 8 mai 2017, à titre de frais d'investigation.

Le 25 janvier 2018, l'assurée s'est opposée à la décision précitée. Elle a notamment indiqué que les troubles persistants étaient uniquement dus à sa chute.

Dans un rapport du 7 février 2018, le Dr M. _____ a retenu, après analyse des radiographies et des rapports médicaux au dossier, que l'assurée avait subi une contusion rachidienne relativement limitée, vu notamment l'absence de lésion structurelle macroscopique appréciable sur les premières radiographies. Les radiographies du 8 décembre 2016 avaient en outre permis d'exclure une fracture. Le Dr M. _____ a indiqué qu'une contusion rachidienne devait usuellement cesser de déployer ses effets après quelques jours ou après trois à six semaines, une extension de la symptomatologie dans le temps sur un à deux mois pouvant être admise, de cas en cas, lorsqu'existaient des troubles dégénératifs sous-jacents, responsables d'une fragilité tissulaire accrue, élément qui pouvait ralentir la récupération fonctionnelle. Dans le cas de l'assurée, les examens du 8 mai 2017 n'avaient en outre pas révélé de lésions anatomiques pouvant être liées au traumatisme annoncé, ces examens ayant tout au plus mis en évidence des troubles dégénératifs. Le Dr M. _____ a conclu qu'au-delà du délai global de trois à quatre mois, une raison autre que traumatique devait être recherchée pour rendre compte de la pérennisation des rachialgies.

Par décision sur opposition du 20 mars 2018, W. a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 27 décembre 2017.

B. Par acte du 1^{er} mai 2018, J. _____, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée. Elle a demandé, à titre préalable, qu'un médecin orthopédique soit désigné pour une expertise et a conclu, principalement, à la réforme de la décision litigieuse en ce sens que l'intimée continue à verser ses

prestations. A titre subsidiaire, elle a conclu à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision. Selon l'intéressée, le Dr M. _____ s'est contenté de considérations abstraites sur la durée habituelle du traitement d'affections prétendues similaires, sans préciser pourquoi son analyse s'appliquerait de ce seul fait au cas concret. A l'inverse, dans un courrier du 12 avril 2018, le Dr H. _____ avait expliqué pourquoi, dans le cas présent, il était vraisemblable que les douleurs persistantes soient toujours en lien de causalité avec le sinistre. Les avis opposés de chacun des médecins laissant ainsi subsister un doute, il y avait lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant.

En annexe à son recours, l'assurée a produit un onglet de pièces contenant notamment le courrier du Dr H. _____ du 12 avril 2018 précité à l'attention de son conseil. Le praticien y indiquait que sa patiente n'avait jamais été importunée, avant son accident du 15 octobre 2016, ni par la région cervicale ni par la ceinture scapulaire. Selon lui, cela n'était pas étonnant au vu de l'âge de la patiente et de l'activité récréative sportive régulière qu'elle pratiquait. Il a ajouté que, sans avoir de zone anatomique traumatisée très précise ou qui pourrait être documentée d'une façon séquellaire sur une imagerie très circonscrite, l'assurée n'était pourtant pas dans une situation de fonctionnalité naturelle ; elle devait en effet recourir souvent au port d'une collerette cervicale y compris de nuit et bénéficiait de soutien physiothérapeutique. Un lien de causalité entre les troubles résiduels et l'accident lui paraissait ainsi établi et « un barème de 50 % [lui semblait] raisonnable ».

Par réponse du 31 mai 2018, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que, dans son rapport du 7 février 2018, le Dr M. _____ avait repris les diverses pièces médicales au dossier et les avait examinées, se livrant ainsi à un examen concret du cas d'espèce. Son rapport était dès lors probant. L'intimée a revanche estimé que, dans son rapport du 12 avril 2018, le Dr H. _____ n'avait apporté aucun argument convaincant s'agissant du lien de causalité entre les troubles et l'accident et n'expliquait aucunement sa position. S'agissant plus particulièrement

du lien de causalité, elle a ajouté que le Dr M._____ avait certes exposé des « théories médicales » quant à la durée de guérison des contusions rachidiennes, mais qu'il avait ensuite procédé à une appréciation du cas d'espèce en tenant compte des investigations menées. Il n'y avait dès lors pas d'argument convaincant pour mettre en doute son appréciation.

Répliquant le 29 juin 2018, la recourante a maintenu ses conclusions. Elle a à nouveau allégué que le Dr M._____ s'était livré à des considérations abstraites, se contentant d'exposer des suppositions quant à la durée globale théorique des lésions. Selon elle, cet avis ne constituait donc pas une base suffisante pour mettre fin au versement des prestations, n'étant pas suffisamment motivé pour prouver l'interruption du lien de causalité, ne serait-ce qu'au degré de la vraisemblance prépondérante. L'avis du Dr H._____ laissait au contraire planer un doute que seule une expertise judiciaire pouvait lever.

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, compte tenu des fêtes judiciaires (art. 38 al. 4 let. a LPGA), 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 la prise en charge du traitement médical pour la période postérieure au 15 février 2017, étant précisé que la prise en charge par l'intimée des frais d'examen par IRM du 8 mai 2017 n'est pas contestée.

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. 3.1).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

d) 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 qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre.

En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins conseils de l'assurance, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de l'assurance sociale, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) Dans sa décision sur opposition, l'intimée s'est fondée sur un rapport établi le 7 février 2018 par son médecin conseil, qui niait l'existence d'un lien de causalité entre les troubles cervicaux présents après le 15 février 2017 et l'accident du 15 octobre 2016. La recourante a contesté la valeur probante de ce rapport en s'appuyant sur un rapport du 12 avril 2018 de son médecin traitant, le Dr H._____.

b) En l'espèce, contrairement à ce que soutient la recourante, le Dr M._____ n'a pas procédé à une appréciation uniquement abstraite du cas, mais s'est basé sur les rapports d'imagerie médicale à disposition. Il a constaté l'absence de toute lésion structurelle objectivable d'origine accidentelle. Seule une contusion rachidienne a été diagnostiquée. Le fait qu'il ait conclu, sur la base de son expérience médicale, qu'une telle contusion, en l'absence de toute lésion structurelle, ne pouvait plus avoir d'effet probable plus de trois à quatre mois après l'accident ne permet pas de considérer qu'il aurait procédé à une appréciation uniquement abstraite, sans lien avec le cas d'espèce.

Dans un rapport du 12 avril 2018, auquel se réfère la recourante, le Dr H._____ se limite à affirmer que le lien de causalité entre les troubles résiduels et l'accident lui paraît établi, sans motiver cette appréciation autrement que par l'absence de symptômes avant l'accident et le fait que la recourante n'était pas dans une situation de fonctionnalité naturelle. Il se réfère encore à un « barème de 50 % » qui lui

paraît raisonnable. Il ne précise toutefois pas ce qu'il entend par-là, savoir la part des symptômes qu'il attribue à l'accident ou le degré de probabilité avec lequel il estime qu'un lien de causalité existe. Quoi qu'il en soit, le rapport du 12 avril 2018 du Dr H. _____ ne permet pas de mettre en doute les constatations du Dr M. _____, en l'absence de motivation plus précise sur l'étiologie des troubles de la recourante et sur les raisons permettant de conclure au maintien du lien de causalité entre l'accident et ces troubles.

En conclusion, il convient d'accorder une pleine valeur probante au rapport du 7 février 2018 du Dr M. _____. La requête d'instruction complémentaire de la recourante relative à la mise en œuvre d'une expertise orthopédique n'est dès lors pas justifiée et doit être rejetée (appréciation anticipée de preuves ; ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et la jurisprudence citée).

c) Il découle de ce qui précède que l'intimée était fondée à mettre un terme aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 15 février 2017.

6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

I. Le recours déposé le 1^{er} mai 2018 par J. _____ est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 20 mars 2018 par W._____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour J._____),
- W._____ 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 :