

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 14 août 2014

Présidence de M. NEU
Juges : Mmes Röthenbacher et Di Ferro Demierre
Greffière : Mme Pellaton

Cause pendante entre :

N. _____, à Cully, recourante,

et

C. _____ **ASSURANCE**, à Martigny, intimé.

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

E n f a i t :

A. **a)** N._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1972, est cheffe de projet auprès de [...]. A ce titre, elle est assurée contre les accidents professionnels et non-professionnels auprès de C._____ assurance (ci-après : C._____ assurance ou l'intimé).

b) Le 3 janvier 2012, alors que l'assurée se trouvait sur une piste de ski aux Diablerets, elle a été percutée par un snowboarder en bas des remontées mécaniques. Dans le formulaire de déclaration d'accident, rempli le 19 janvier 2012, elle a précisé qu'elle était à l'arrêt lorsque le snowboarder l'a percutée par derrière, la projetant violemment au sol. Sa nuque a fait « crac », mais elle s'est relevée sans dommage apparent. Des douleurs à la nuque et à l'épaule gauche sont survenues par la suite, dans la nuit, accompagnées de vertiges et de nausées.

Les premiers soins ont été donnés aux Diablerets, le lendemain de l'accident, par le Dr A._____, lequel a établi un certificat médical attestant d'une incapacité de travail d'une durée probable de deux semaines. A l'occasion d'une demande d'examen radiologique adressée le 5 janvier 2012 à l'O._____, le Dr A._____ a précisé que lors de la consultation, l'assurée présentait d'importantes cervicalgies et des vertiges rotatoires aux changements de position de la tête, ainsi que des troubles de l'équilibre mal systématisés. A l'examen clinique, il constatait une contracture musculaire paravertébrale bilatérale, l'absence de troubles sensitivo-moteurs et des épreuves cérébelleuses sans particularité. Sur les radios, il constatait la présence d'une irrégularité sur le profil au niveau du plateau antéro-supérieur de C3. Il retenait les diagnostics d'entorse cervicale et de probable cupulolithiase post-traumatique. La Dresse K._____, de l'O._____, a effectué, le 5 janvier 2012, une IRM cérébrale, une angio-IRM endocrânienne, une angio-IRM carotidienne et une IRM cervicale. Concernant la colonne cervicale, elle a noté, dans le rapport du même jour, une légère anomalie de signal des disques, étagée de C3 à C6, pouvant être d'origine dégénérative. Elle a

conclu à l'absence de lésions traumatiques cérébrale et cervicale, de lésions des rochers et de dissection vertébrale.

Dans un rapport médical initial établi le 24 janvier 2012, le Dr F._____, spécialiste en médecine interne générale, médecin traitant de l'assurée, a constaté un syndrome cervical, une limitation rotative de la tête de 30° des deux côtés, l'absence de lasèque et de déficit sensitivomoteur, ainsi que des réflexes ostéotendineux normaux aux membres inférieurs et supérieurs. Il a retenu les diagnostics de cervicalgies post-traumatiques, « cupulolithiase probable post-traumatique » et lombosciatalgies. L'assurée était traitée par myorelaxants et physiothérapie, traitement qui serait probablement terminé trois semaines plus tard. L'incapacité de travail était de 100 % dès le jour de l'accident, probablement jusqu'au 18 janvier 2012. Le Dr F._____ a précisé ne pas avoir vu les radio effectuées par le Dr A._____.

c) A la demande de C._____ assurance, l'assurée a répondu à un questionnaire, le 25 janvier 2012. A la question de la description de l'accident, elle a notamment précisé qu'elle avait chuté sur le côté droit et avait eu une « espèce de coup du lapin, [sa] tête s'inclinant violemment de gauche à droite ». Elle n'avait pas demandé les coordonnées du snowboarder, pensant à ce moment là que la chute était sans conséquences. Le traitement médical n'était pas terminé et consistait en séances de physiothérapie deux fois par semaine.

d) L'assurée s'est entretenue avec son contact chez C._____ assurance par téléphone le 28 février 2012. Le procès-verbal de l'entretien, tenu par C._____ assurance, a la teneur suivante :

« Elle [l'assurée] m'informe que les vertiges ont passé après 10 jours environ. Il subsiste actuellement une diminution de la mobilité de la nuque pour les mouvements vers la gauche, ainsi que des douleurs qui descendent dans l'épaule gauche. Elle a revu son médecin il y a 10 jours pour compléter un formulaire d'entrée dans la LPP de son assureur et à cette occasion il lui a prescrit 9 nouvelles séances de physiothérapie. Ce traitement consiste à détendre la nuque et de gagner en mobilité. Actuellement elle peut bouger 2/3 environ.

Il y a une bonne amélioration par rapport au début, mais il faut encore un peu de temps pour récupérer complètement. Elle n'a pas prévu de nouvelle consultation avec son médecin, mais il est prévu qu'elle le rappelle s'il n'y a pas d'amélioration à la fin des séances de physio. Convenu que je la rappelle d'ici quelques temps pour voir si nous pouvons clore le dossier. »

C. _____ assurance a ainsi eu un nouvel entretien téléphonique avec l'assurée le 30 mars 2012, faisant l'objet d'un procès-verbal, dont la teneur est la suivante :

« Elle [l'assurée] m'informe qu'elle est toujours en traitement. Elle est passée de 2 séances de physio par semaine à 1, il lui reste encore 5 séances à faire.

Elle a récupéré presque toute la mobilité, elle a encore des douleurs lors de la flexion de la nuque sur la gauche. Mais ça va gentiment mieux. Normalement d'ici fin avril ça devrait être terminé. Convenu que je lui envoie un questionnaire à ce moment-là et s'il y a quelque chose de spécial elle me tienne informée. »

A l'occasion d'un entretien téléphonique du 23 mai 2012, l'assurée a expliqué que sa nuque tirait à l'effort, à l'endroit où elle avait été blessée, ce qui ne lui était jamais arrivé auparavant. Sa physiothérapeute, qu'elle avait vue pour un autre problème, lui avait conseillé de consulter encore son médecin.

e) L'assurée a rempli, le 11 septembre 2012, un questionnaire de l'assurance, dans lequel elle a indiqué que les traitements médicaux et de physiothérapie n'étaient pas terminés. Elle avait rendez-vous chez son médecin traitant le 19 du même mois.

f) Sur demande de C. _____ assurance, le Dr F. _____ a rempli un questionnaire, le 22 octobre 2012. Il y a indiqué le diagnostic de syndrome cervical post-traumatique. A la question de l'évolution du cas et de l'état actuel, le Dr F. _____ a indiqué que depuis qu'il avait vu l'assurée pour la première fois, le 12 janvier 2012, la situation s'était progressivement améliorée puisqu'à la consultation du 30 mai 2012, elle avait pu mentionner qu'elle n'avait plus de douleurs en l'absence de mouvement. En revanche, des douleurs persistaient à l'épaule gauche au port de charge ou en cas de traction sur les bras. La physiothérapie réalisée jusque-là l'avait bien soulagée. Au status existait toujours une

limitation de la rotation à gauche à 45° et une augmentation du tonus cervical. Lors de la dernière consultation, sa patiente signalait une récurrence d'importantes douleurs de la nuque à gauche, en particulier après avoir dormi quelques nuits à l'hôtel. Elle présentait au status une rotation de la nuque à droite complète mais une limitation à 60° du côté gauche, ainsi qu'une sensibilité à l'hyperextension. Le traitement en cours consistait en des séances de physiothérapie, anti-inflammatoire en réserve. Il allait encore durer probablement deux à trois mois. Une prochaine consultation aurait lieu après les 9 séances de physiothérapie encore prévues, si nécessaire seulement. Aucun dommage permanent n'était à craindre.

g) Le 22 décembre 2012, l'assurée a à nouveau rempli un questionnaire de C._____ assurance, dans lequel elle a indiqué que les traitements médicaux et de physiothérapie n'étaient pas terminés.

h) Il ressort d'une fiche interne de C._____ assurance, établie le 29 octobre 2012, que le dossier de l'assurée était présenté ce jour au médecin-conseil de l'assurance, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour détermination sur la question de la relation de causalité entre les troubles actuels de l'assurée à la colonne cervicale et l'accident du 3 janvier 2012. Il est noté sur cette fiche qu'à l'IRM du 5 janvier 2012, il n'y avait pas de lésions structurelles liées à l'accident. Pour une entorse cervicale, une relation de causalité pouvait être admise durant 6 à 12 mois au maximum.

B. a) C._____ assurance a rendu une décision le 5 février 2013, considérant que la relation de causalité entre les troubles à la colonne cervicale et l'événement en cause ne pouvait être admise que jusqu'au 31 décembre 2012, date à laquelle les conséquences de l'accident du 3 janvier 2012 avaient au plus tard définitivement pris fin (soit 12 mois plus tard). En effet, il apparaissait, selon le médecin-conseil de l'assurance, que les troubles à la colonne cervicales existaient déjà avant l'accident et que ce dernier n'avait fait qu'aggraver momentanément un état préexistant. L'octroi des prestations pouvait donc être garanti par C._____ assurance

jusqu'au 31 décembre 2012, les soins donnés au-delà de cette date relevant de l'assurance-maladie.

b) L'assurée s'est opposée à la décision précitée le 15 février 2013. Le même jour, le Dr F._____ a rédigé à l'intention de C._____ assurance un courrier, dont la teneur est la suivante :

« Le 14 février, j'ai eu l'occasion d'examiner une nouvelle fois Madame N._____ qui consultait en raison des douleurs cervicales dont elle souffre depuis l'accident de ski du 3 janvier 2012.

Si globalement, la patiente pouvait évaluer que la situation continuait à s'améliorer, elle signalait être handicapée dans la rotation de la tête sur la gauche, et souffrir de douleurs à la base de la nuque, identiques à celles dont elle souffrait au moment de l'accident. En particulier, elle peut présenter des douleurs nucales le matin au réveil, au port de charges, ou aux mouvements appuyés. Elle est encore soulagée par le traitement de physiothérapie qui lui est prodigué.

Au status, je relève une distance menton-sternum à 3.5-18cm, une rotation de la tête sur la droite à 85°, sur la gauche à 60°. Douleurs à la palpation des masses musculaires paracervicales au niveau C7 gauche, avec une augmentation modérée du tonus musculaire. Les réflexes ostéo-tendineux des membres supérieurs sont sans particularité.

J'ai pris le parti de proposer à Madame N._____ la poursuite de la physiothérapie antalgique.

De mon point de vue, la situation est clairement explicable par les suites de l'accident, d'autre part le tableau actuel montre une amélioration progressive mais bien réelle et il est assez vraisemblable que d'ici quelques temps le dossier puisse être terminé. Aussi, je vous serais reconnaissant de bien vouloir assumer les traitements en question sur le compte de l'assurance accident. »

c) Consulté pour appréciation, le Dr J._____ a rendu un rapport le 18 mars 2013, sur la base du dossier assécurologique de l'assurée. Après avoir résumé les pièces médicales au dossier et rappelé la chronologie des événements, le Dr J._____ a conclu ce qui suit :

« L'IRM cérébrale, l'angio-IRM endocrânienne, l'angio-IRM carotidienne et l'IRM cervicale réalisées au décours de l'événement n'ont révélé aucune lésion structurelle imputable à l'accident du 03.01.2012 qui a largement cessé de déployer ses effets 12 mois après.

L'imagerie a par conséquent révélé la présence d'un état antérieur, disco-dégénératif étagé qui peut expliquer la symptomatologie persistante. »

B. Le 8 avril 2013, C._____ assurance a rendu une décision rejetant l'opposition de l'assurée, sur la base du rapport du Dr J._____, qui confirmait le bien fondé de sa décision.

C. a) N._____ a recouru contre la décision sur opposition précitée le 10 mai 2013, concluant à son annulation et à ce que les soins consécutifs à l'accident du 3 janvier 2012 donnés après le 31 décembre 2012 soient pris en charge par C._____ assurance pour une durée déterminée, jusqu'à complet rétablissement de la recourante. Elle indique suivre encore régulièrement des séances de physiothérapie. Elle reproche ensuite à l'intimé d'avoir fondé son refus sur le seul rapport du Dr J._____, médecin interne à l'assurance, rapport qui était sur plusieurs points inexact. En effet, ce médecin s'était mépris sur son âge, qui était de 39 ans au moment des faits et de 40 au moment de la rédaction de son rapport, et non pas de 41 ans. Les trois IRM mentionnées par le médecin avait été effectuées le lendemain de l'accident, et non pas « au décours de l'événement ». La recourante relève que, malgré sa demande, le médecin-conseil ne l'avait pas examinée. Elle reproche en substance à l'intimé d'avoir mis fin à sa prise en charge de manière arbitraire, la durée de 12 mois maximum reconnue pour les conséquences de l'accident ne reposant sur aucun fondement factuel, légal, jurisprudentiel ou doctrinal, ce d'autant qu'elle avait été victime « d'une espèce de coup du lapin ». Par ailleurs, l'intimé avait selon elle ignoré le rapport du Dr F._____ du 15 février 2013, qui expliquait précisément sa situation médicale et la mettait en lien avec l'accident, et auquel il devait être conféré pleine valeur probante. La recourante reproche encore au Dr J._____ de n'avoir émis qu'une hypothèse en retenant la présence d'une atteinte dégénérative présente avant l'accident. D'une part, elle ne s'était jamais plainte avant cet événement, ni n'avait été traitée pour des douleurs cervicales, d'autre part, il ne s'agissait pas de troubles identiques. En effet, les informations découlant de l'IRM décrite par le Dr J._____ (que la recourante n'avait pas vue) concernaient les disques C3 à C6, alors que le médecin traitant mentionnait des douleurs au niveau C7 gauche.

b) Le Dr J. _____ a, sur la base du dossier asséurologique de la recourante, et sur les IRM réalisées le 5 janvier 2012, rendu un complément d'appréciation le 18 septembre 2013, dont on extrait ce qui suit :

« APPRECIATION

Dans mon rapport du 18.03.2013, je concluais que l'imagerie (IRM cérébrale, angio-IRM cérébrale, angio-IRM carotidienne et IRM cervicale) n'avait pas démontré de lésion structurelle imputable à l'accident du 03.01.2012 et qu'il avait cessé de déployer ses effets 12 mois après.

Je me limiterai à la description de l'IRM cervicale, n'ayant pas de compétence suffisante en neuroradiologie pour interpréter l'IRM cérébrale, l'angio-IRM endocrânienne et l'angio-IRM carotidienne.

L'analyse de cette IRM cervicale permet de confirmer la présence d'une anomalie du signal des disques, étagée de C3 à C6, s'ajoutant à celle-ci, d'autres signes dégénératifs débutants du rachis cervical, sous forme d'un très discret effilement des corps vertébraux antérieurs de C3 à C6 et la présence d'une très discrète uncarthrose, également de C3 à C6, prédominant en C3-C4.

Afin de confirmer et d'étayer mes conclusions et en réponse au recours daté du 08.05.2013, déposé au Tribunal Cantonal du canton de Vaud, je développerai les points suivants :

Les lésions dégénératives du rachis cervical

Les troubles dégénératifs du rachis cervical présentent une fréquence d'apparition maximale aux alentours de la 45^{ème} année d'existence et deviennent plus rares par la suite.

La raison pour laquelle ce sont avant tout des personnes d'âge moyen qui en sont atteintes s'explique du fait d'une constellation biomécanique particulière entre la 4^{ème} et la 5^{ème} décennie aboutissant à l'apparition d'un croissant de micro-ruptures du disque intervertébral qui, au niveau cervical, peut intéresser une partie ou tout le diamètre du disque.

Le disque se déshydrate au fil du temps et des facteurs exogènes ne jouent, dans cette étiologie, qu'un rôle mineur. Ces altérations de la structure discale sont un phénomène physiologique qui exprime une évolution inéluctable, parallèle au vieillissement.

La discopathie d'étiologie malade et dégénérative, touche généralement plusieurs étages de la colonne cervicale. Elle est localisée de façon caractéristique au niveau de deux ou de plusieurs segments. Elle intéresse le plus souvent les niveaux C5-C6, suivis par ordre de fréquence par les niveaux C6-C7 et C4-C5. L'atteinte plus proximale du rachis cervical est moins fréquente.

L'anomalie de signal des disques de C3 à C6, décrite chez cette assurée par le Dr K. _____ et confirmée par l'analyse de l'IRM cervicale à laquelle s'ajoute de discrets troubles dégénératifs antérieurs et postérieurs de C3 à C6, est parfaitement compatible avec le début du processus dégénératif inéluctable de vieillissement que l'on rencontre chez une personne de la quarantaine.

Les lésions traumatiques du rachis cervical

L'IRM cérébrale, l'angio-IRM cérébrale, l'angio-IRM carotidienne et l'IRM cervicale réalisées le 05.01.2012 selon le rapport signé du Dr E. K. _____ (et pas "le lendemain de l'accident, soit le 4 janvier 2012" comme cela est rapporté dans le recours du 08.05.2013) n'ont démontré aucune lésion structurelle imputable à l'accident.

L'absence de lésion structurelle imputable à l'accident est clairement établie dans ce dossier et elle n'est d'ailleurs pas contestée par les différents médecins intervenants.

Cela a pour conséquence qu'il est possible de définir *un statu quo sine/ante* pour les suites de l'accident.

Il n'existe pas d'argument scientifique permettant de considérer la présence d'un état séquellaire lorsque des examens complémentaires performants, tels que ceux réalisés chez cette assurée, n'ont pas mis en évidence de lésion structurelle nécessitant un processus de réparation spécifique comme on le retrouve, par exemple, lors d'une fracture.

En revanche, savoir à quel moment les effets d'un accident auront cessé ou n'auront plus d'influence en cas de traumatisme contusif simple est plus difficile et la science médicale n'est que de peu de recours dans la circonstance, surtout en confrontation avec les jurisprudences dans le cadre de la médecine des assurances.

Par contre, ce que l'on sait du point de vue scientifique, c'est qu'un traumatisme de type contusif s'accompagne d'une réaction de type inflammatoire, en réponse aux conséquences du traumatisme.

Lorsque le status lésionnel ne nécessite pas de réparation, c'est-à-dire lorsque le traumatisme est mineur, la réaction inflammatoire n'aura pas lieu de se prolonger et s'estompera naturellement dans une période estimée entre 6 semaines et 3 mois.

Cependant, on admet en présence d'un état dégénératif préexistant, que les suites d'un traumatisme contusif puissent être prolongées par rapport à une situation sans lésion dégénérative.

En effet, l'expérience médicale clinique permet de constater qu'un traumatisme contusif est moins bien toléré et met plus de temps à guérir lorsqu'il existe un status dégénératif préexistant mais il n'y a cependant pas de règle médicale clairement établie.

En l'absence de réponse scientifique valable, mais en considérant des effets limités dans le temps d'un accident lorsqu'il n'existe pas de lésion structurelle, la jurisprudence considère pour le rachis, que si les effets d'un traumatisme contusif sont généralement résolus en 3 mois, en présence d'un état dégénératif préexistant, cette période peut se prolonger jusqu'à 6 voire 9 mois et, parfois même, dans des cas exceptionnels, jusqu'à 12 mois. »

Le Dr J. _____ a ensuite expliqué que le traumatisme contusif était en l'espèce mineur, plusieurs éléments permettant de l'affirmer,

notamment le fait que la recourante n'avait manifestement pas eu besoin de secours lors de l'accident et était allée consulter un médecin le lendemain seulement, les douleurs n'étant pas apparues tout de suite. L'évolution rapidement favorable confirmait également le caractère bénin du traumatisme contusif. En résumé, l'on était bien en présence d'un traumatisme contusif mineur qui n'avait pas engendré de lésion structurelle du rachis cervical imputable à l'accident et l'âge de l'assurée était compatible avec l'état antérieur dégénératif débutant qui était présent à l'imagerie par IRM. Le Dr F._____ ayant rendu compte par plusieurs rapports médicaux précis et détaillés de l'évolution du cas, rapports qui avaient tous été pris en compte par le Dr J._____, et l'intimé s'étant régulièrement tenu informé de l'état de la recourante auprès de cette dernière, le Dr J._____ avait estimé qu'un examen clinique de sa part n'aurait pas amené d'élément médical supplémentaire ni d'élément médico-asséculo-logique utile pour la compréhension du cas. Du point de vue médical, en l'absence de lésion structurelle imputable à l'accident et en présence d'un état dégénératif débutant, l'expérience permettait de considérer que les effets de l'accident s'étaient définitivement estompés après 12 mois.

c) Par réponse du 27 septembre 2013, l'intimé a conclu au rejet du recours. Il a en premier lieu relevé, concernant le lien de causalité naturelle entre les troubles de la recourante et l'accident en cause, la force probante de l'appréciation du Dr J._____, et a rappelé la jurisprudence concernant les troubles non objectivés à la colonne vertébrale. Selon l'intimé, le médecin traitant avait par ailleurs effectué un raisonnement *post hoc ergo propter hoc*.

Concernant le lien de causalité adéquate, l'intimé a reconnu que la recourante avait subi un accident similaire à un coup du lapin. Elle n'avait cependant subi aucune atteinte objectivable. En outre, il n'y avait pas de circonstances concomitantes particulièrement dramatique ou d'accident particulièrement impressionnant, les lésions subies n'étaient pas particulièrement graves et le traitement médical n'était pas pénible. L'intensité des douleurs ou des autres troubles avaient causé une

incapacité de 14 jours et permettaient depuis lors à la recourante de mener une vie normale. Il n'y avait pas eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident et il n'y avait plus d'incapacité de travail. Les critères posés par la jurisprudence en cas d'atteinte non objectivable de la colonne cervicale n'étaient ainsi pas remplis. Le lien de causalité adéquate entre les troubles persistants et l'accident n'était plus donné, ceci au moins dès le 1^{er} janvier 2013. Pour le surplus, le traitement de physiothérapie ne procurait plus d'amélioration notable.

d) Par réplique du 11 novembre 2013, la recourante a confirmé sa position, précisant que le premier examen du Dr J. _____ ne présentait pas la fiabilité nécessaire dès lors qu'il n'avait pas encore connaissance de l'IRM cervicale à ce moment-là (mais seulement du rapport en découlant). Elle a encore ajouté que, contrairement à ce que soutenait l'intimé, sa situation s'était notablement améliorée depuis le 14 février 2013, date à laquelle elle avait été examinée par son médecin traitant. Elle avait été revue le 30 octobre 2013 par le Dr F. _____, lequel avait établi un certificat médical, attestant une rotation de la tête maximale des deux côtés et l'absence de contracture paracervicale. La recourante avait bénéficié d'un traitement de physiothérapie entre le 14 février et le 30 octobre 2013.

e) L'intimé a confirmé sa position par duplique du 22 novembre 2013.

E n d r o i t :

1. Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le

tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent contre une décision sur opposition, est recevable.

La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, il n'est pas exclu que la valeur litigieuse soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD).

2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimé du traitement des troubles de la colonne cervicale de la recourante au-delà du 31 décembre 2012, en lien avec l'accident dont elle a été victime le 3 janvier 2012.

3. a) En vertu de 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_119/2012 du 30 mars 2012 consid. 4 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 consid. 3b). 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, 402 consid. 4.3.1 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, *in* : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2^e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 74 p. 861 s, n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance

prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 précité consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 précité consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 précité consid. 4). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2 ; 402 précité consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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 a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

Cela veut dire que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 précité).

c) De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

4. A titre liminaire, il convient de relever qu'aucune des parties ne conteste que l'événement du 3 janvier 2012 constitue un accident au sens des dispositions légales précitées (cf. supra consid. 3a), ce que la Cour de céans ne peut que confirmer. Le lien de causalité naturelle a été admis par l'intimé, ce qui l'a conduit à prendre en charge les frais de traitements de l'atteinte à la colonne cervicale de la recourante jusqu'au 31 décembre 2012. L'on note que l'intimé ne nie en aucun cas la réalité des douleurs dont la recourante se plaint encore au-delà de cette date, ce que la Cour de céans ne remet pas non plus en cause. Il ne s'agit pas davantage de remettre en cause la nécessité du traitement physiothérapeutique prescrit par le Dr F._____. L'on relève, comme l'a d'ailleurs fait le Dr J._____, que la description de l'atteinte et de son évolution par le Dr F._____ dans ses différents rapports est détaillée et convaincante. Il doit en revanche être noté qu'il ne motive pas son appréciation quant au lien de causalité avec l'accident, perdurant selon lui au-delà du 31 décembre 2012. Il se contente en effet de dire que la situation est clairement explicable par les suites de l'accident (cf. rapport du 15 février 2013), ce qui, sans autre explication, constitue un raisonnement *post hoc ergo propter hoc* au sens de la jurisprudence, ne suffisant pas à établir un rapport de causalité naturelle (cf. supra consid. 3a).

Comme l'a relevé l'intimé, il est en effet de jurisprudence constante que les troubles non objectivés à la colonne vertébrale sont réputés ne plus être en relation de causalité naturelle avec l'accident dans

un délai de six à neuf mois, tout au plus d'un an (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_396/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2 ; TFA U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et les références). Le Dr J._____, dans son rapport du 18 septembre 2013, se rapporte au cas d'application de cette jurisprudence. En l'espèce, l'on se trouve bien en présence de troubles non objectivés à la colonne vertébrale, puisque l'IRM cervicale effectuée à la suite de l'accident ne révèle aucune lésion traumatique cervicale. Ce fait n'est du reste pas contesté par le Dr F._____, ni par la recourante. En effet, cette dernière se borne à dire que les conséquences de l'accident ont duré plus longtemps que ce qu'a retenu l'intimé, sans pour autant contester n'avoir subi qu'un traumatisme contusif simple, comme l'a retenu le Dr J._____. Ce dernier explique par ailleurs de manière détaillée ce qui lui fait retenir, selon la science médicale et les examens effectués, l'existence d'une atteinte dégénérative, qui justifie une prise en charge de 12 mois et non pas plus courte. Son appréciation, claire, complète et motivée, doit se voir reconnaître pleine valeur probante et emporte la conviction (cf. supra consid. 3c). Elle tient compte de tous les rapports médicaux rédigés par le Dr F._____, y compris celui du 15 février 2013. Si le Dr J._____ n'a pas vu lui-même l'IRM cervicale du 5 mai 2012 lors de sa première appréciation, il disposait toutefois du rapport qui en découlait. Il s'est finalement prononcé de manière détaillée sur l'IRM elle-même, de sorte qu'aucun grief ne saurait être retenu à cet égard. De plus, ses conclusions concordent en définitive avec celle de la Dresse K._____. Le Dr J._____ convainc enfin dans son explication du choix de ne pas voir lui-même la recourante. En présence d'examens d'imagerie complets démontrant l'absence de lésions traumatiques cervicales et de rapports médicaux du médecin traitant faisant état de manière détaillée de l'évolution de l'état de santé de la recourante, ce choix n'est pas critiquable.

Au vu des éléments qui précèdent, une relation de causalité naturelle entre l'événement en cause et les troubles de la recourante doit ainsi être admise durant 12 mois, en présence d'une lésion dégénérative, retenue selon la vraisemblance prépondérante, allongeant le temps de rémission du traumatisme contusif simple.

5. Cela étant, il y a lieu d'observer que même si l'on devait admettre que le lien de causalité naturelle eût perduré au-delà du 31 décembre 2012, la causalité adéquate n'aurait pas été donnée. En effet, la jurisprudence applicable aux accidents de type « coup du lapin », soit en cas de trouble de la colonne cervicale sans atteinte objectivable, pose des critères stricts quant à l'admission du lien de causalité adéquate (cf. ATF 115 V 403 consid. 5c ; 115 V 133 consid. 6c), critères qui ne sont pas remplis en l'espèce, du moins à compter du 1^{er} janvier 2013. Ainsi, comme le relève à juste titre l'intimé, l'on doit retenir l'absence de circonstances concomitantes particulièrement dramatique ou d'accident particulièrement impressionnant. Par ailleurs, les lésions subies par la recourante n'étaient pas particulièrement graves, le traitement médical n'était pas pénible et l'intensité des douleurs ou des autres troubles n'ont causé une incapacité de travail que durant 14 jours. Il n'y a pas non plus eu d'erreur dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

6. Il découle des considérants qui précèdent que c'est à juste titre que l'intimé a retenu, sur la base des conclusions du Dr J._____, qui emportent la conviction, l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident du 3 janvier 2012 et les troubles dont souffre la recourante au-delà du 31 décembre 2012 et donc refusé la prise en charge des frais de traitement dès cette date. Il en résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

La procédure étant gratuite, il n'y a par ailleurs pas lieu d'allouer de dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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

I. Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 8 avril 2013 par C. _____ assurance 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 :

- N. _____,
- C. _____ assurance,
- 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 :