

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 15 décembre 2014

---

Présidence de        Mme    DI FERRO DEMIERRE  
Juges        :        M.    Neu et Mme Röthenbacher  
Greffier        :        M.    Germond

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**V.**\_\_\_\_\_, à Clarens, recourante, représentée par Me Olivier Carré, avocat  
à Lausanne,

et

**K.**\_\_\_\_\_, à Martigny, intimée.

---

**Art. 4, 6 et 61 let. c LPGA ; 6 al. 1, 10 al. 1, 16 et 36 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** V.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le [...] 1965, était employée en tant qu'enseignante à temps partiel (20% environ) auprès de l'A.\_\_\_\_\_ SA lorsqu'elle a été victime, le 18 mai 2007 à 14h.25, d'un premier accident de la circulation.

Cet accident a été déclaré par l'employeur à X.\_\_\_\_\_, assureur LAA.

Selon un rapport de police du 16 juin 2007 établi par la Police [...], se trouvant à l'arrêt, le véhicule de l'assurée a été percuté à l'arrière par un véhicule roulant à environ 40 km/h. Suite au choc, l'assurée a été affectée de douleurs cervico-dorsales. Elle s'est rendue avec son véhicule à l'Hôpital [...] pour y faire un constat médical.

Dans un rapport initial LAA du 22 juin 2007, le Dr G.\_\_\_\_\_, chef de clinique à l'Hôpital [...], a posé les diagnostics de coup du lapin et lombalgies. Il relatait une légère nausée, des douleurs à la palpation de toute la colonne lombaire, de légères céphalées, un status neurologique normal et l'absence de lésion osseuse. Le traitement consistait en le port d'une minerve en mousse, la prise d'anti-douleurs et de la physiothérapie. Ce médecin mentionnait une incapacité de travail à 100% du 21 mai 2007 au 30 mai 2007. La reprise du travail était prévue pour le 1<sup>er</sup> juin 2007.

Selon un rapport du 25 juin 2007 du Dr T.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne et médecin traitant à [...], la reprise du travail a eu lieu en plein le 18 juin 2007.

A teneur d'un rapport du 29 juin 2007 adressé au médecin traitant, le Dr F.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, mentionnait un bilan sous forme de radiographies standards rassurant, montrant éventuellement un petit arrachement ligamentaire entre C2-C3 ou C5-C6 et la présence d'une discrète

discarthrose dans la région médiodorsale. Ce chirurgien orthopédique observait au status une importante contracture paraspinale interscapulaire avec irradiation le long du trapèze. La mobilité cervicale était libre. Le Dr F.\_\_\_\_\_ avait proposé à l'assurée de poursuivre la physiothérapie afin d'acquérir une autonomie dans la gestion de son dos.

Une IRM cervicale a été effectuée le 5 juillet 2007 par le Dr R.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie à l'Hôpital [...]. Il ressort notamment ce qui suit du rapport établi le 6 juillet 2007 par ce radiologue :

"Description :

Pas de foyer hyperintense osseux sur les séquences FS. Les corps vertébraux sont bien alignés, il n'y a pas de tuméfaction prévertébrale. Pas de signe de lésion ligamentaire antérieure. On observe entre C4 et C7 un discret bombement discal postérieur mais sans image franche de hernie. Pas de conflit avec la moelle qui présente un isosignal homogène. Le canal rachidien sagittal est large.

Conclusion :

Discret bombement discal postérieur entre C4 et C7. Par ailleurs, pas de signe direct ou indirect de lésion osseuse ou ligamentaire."

Dans un rapport du 19 octobre 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ a relevé la persistance de douleurs interscapulaires et dorsolombaires et des dysesthésies résiduelles au niveau du bras gauche. Un bilan radiologique montrait une attitude scoliothique et un processus dégénératif qui avait clairement décompensé suite à l'événement accidentel. Ce chirurgien orthopédique mentionnait une reprise du travail ainsi que la poursuite de la physiothérapie.

Dans un rapport du 2 mars 2008 adressé à X.\_\_\_\_\_, la Dresse D.\_\_\_\_\_, spécialiste en anesthésiologie, a posé le diagnostic de Whiplash syndrome avec Whiplash associated disorders stade II (selon la classification de la Quebec Task Force 1995). Une Trigger Points Therapy et de la physiothérapie étaient prodiguées pour améliorer les douleurs, les vertiges ainsi que la mobilité de l'assurée.

Dans un rapport médical LAA du 25 mars 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a indiqué à X. \_\_\_\_\_ que l'assurée avait repris le travail à 100% sans plus amples précisions.

**B.** V. \_\_\_\_\_ est également employée depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1999 en tant qu'enseignante à temps partiel (30% environ) auprès de la M. \_\_\_\_\_ (M. \_\_\_\_\_) à [...]. A ce titre, elle est assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels, ainsi que contre les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20) auprès de La B. \_\_\_\_\_, reprise par la K. \_\_\_\_\_ (ci-après : K. \_\_\_\_\_ ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 27 mars 2008, l'employeur a annoncé que « Mme V. \_\_\_\_\_ s'est faite heurtée par l'arrière dans la file au changement de feu alors qu'elle démarrait le 4 mars 2008 vers 12h.35 ». Selon le constat amiable d'accident automobile établi le 4 mars 2008, l'assurée a à nouveau ressenti des douleurs dorsales. Les premiers soins ont été donnés par son médecin traitant, le Dr T. \_\_\_\_\_.

L'assurée a consulté pour la première fois le Dr T. \_\_\_\_\_ le 5 mars 2008, lequel attestait une incapacité de travail entière du 4 au 30 mars 2008. Le travail a pu être repris en plein le 31 mars 2008 et la dernière consultation a eu lieu le 10 avril 2008.

Dans son rapport médical du 9 mai 2008, la Dresse D. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de distorsion cervicale (Whiplash syndrome associated disorders stade II). Ce médecin précisait que des troubles cervicaux étaient déjà présents avant l'accident de mars 2008, suite à l'accident du 18 mai 2007. Le traitement mis en œuvre consistait en une Trigger Points Therapy. Une incapacité de travail de 50% est attestée sans indication toutefois des dates de début et de fin.

Le 23 mai 2008, l'assurée a consulté le Dr P. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie à [...]. Au terme de son rapport du 2 juin 2008

adressé à la Dresse D.\_\_\_\_\_, ce neurologue s'est exprimé comme il suit sur l'état de santé de l'assurée :

"Appréciation et suite du traitement :

Status après deux accidents par collision le 18.05.2007 et le 03 [recte : 04].03.2008 avec distorsion de la colonne vertébrale cervicale, avec principalement des symptômes musculo-squelettiques myofasciaux ainsi que des symptômes neuropsychologiques avec troubles de la concentration et de la mémoire et avec des troubles à l'épaule droite après le second accident (améliorés).

Sur le plan neurologique, aucun déficit. A la scanographie fonctionnelle, signes de déséquilibre musculaire à droite avec hypomobilité rotatoire.

Je recommande la poursuite du traitement avec application des principes de l'analgésie, de la myotonolyse et de la MTT (thérapie médicale d'entraînement).

Analgésie : AINS (p. ex. Tilur retard 2x1) plus Dafalgan jusqu'au maximum de 4 g par jour, traitement du point de déclenchement, éventuellement traitement topique avec emplâtre d'AINS, distanciation de la douleur centrale avec des tricycliques, p. ex. Surmontil 10 à 20 gouttes le soir, ajustement de la dose en fonction de la tolérance et de l'efficacité.

Myotonolyse : Sirdalud 2 à 6 mg le soir. Alternative : Mydocalm 50 à 150 mg le soir, éventuellement appuyé par du magnésium. Traitement topique, p. ex. avec pommade Talval ou Midalgan.

Thérapie médicale d'entraînement : Commencer dans un institut où l'on opère des contrôles de physiothérapie avec évaluation et avec une augmentation progressive des poids (au total 9 séances contrôlées, éventuellement davantage si nécessaire), puis au moins un an de fréquentation libre avec abonnement, au moins une fois par semaine."

Lors d'un entretien téléphonique du 14 août 2008 avec X.\_\_\_\_\_, l'assurée a précisé que son contrat de travail à l'A.\_\_\_\_\_ SA s'est terminé à la fin janvier 2008. Elle était employée uniquement auprès de la M.\_\_\_\_\_ lors du deuxième accident.

Le 14 avril 2009, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a mentionné une nette amélioration de l'état de santé de l'assurée, cette dernière ayant pu reprendre son travail à 60%, sans toutefois préciser à partir de quelle date. Ce médecin indiquait également que la Trigger Points Therapy était toujours en cours.

Les 27 et 28 août 2009, l'assurée a été examinée par le Professeur N. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie et médecin-chef de la Clinique L. \_\_\_\_\_ à [...]. Dans son rapport d'expertise neurologique du 14 septembre 2009 adressé à l'assureur RC du véhicule tiers impliqué dans l'accident du 4 mars 2008 (E. \_\_\_\_\_), cet expert s'est prononcé comme il suit sur l'état de santé de l'expertisée :

“En conclusion, cet examen met en évidence :

- sur le plan clinique, une bonne collaboration, mais un certain stress en début d'examen associé à des rires « nerveux », une tendance à se plaindre, une agitation motrice en raison de douleurs, par moment une légère familiarité dans le contact, ainsi qu'une certaine précipitation dans la réalisation des tâches et une fatigabilité accrue au fil de l'examen ;
- des troubles attentionnels se traduisant principalement par des fluctuations attentionnelles se répercutant dans la réalisation de certaines tâches ;
- un dysfonctionnement exécutif se caractérisant par des difficultés de programmation motrice et de flexibilité mentale, ainsi qu'en mémoire de travail ;
- un déficit mnésique antérograde épisodique à la reconnaissance d'un matériel verbal et au rappel immédiat d'un texte et des troubles modérés à sévères aux rappels immédiat et différé d'un matériel visuel, alors que l'évocation de faits d'actualité est préservée ;
- de légères difficultés dans le placement de lieux connus sur une carte ;
- quelques erreurs à l'écriture sous dictée.

Le reste des fonctions cognitives investiguées (langage, calcul, praxies, mémoire immédiate et raisonnement) se situe globalement dans la limite de la norme.

Ce profil neuropsychologique actuel variable hétérogène et non compatible avec une atteinte organique s'explique dans le cadre des troubles attentionnels fluctuants observés à la fois sur le plan clinique et psychométrique.

#### I Généralités

1. Quelle est l'anamnèse ?  
Voir ci-dessus.

2. Quelles sont les plaintes formulées par la patiente ?  
Voir ci-dessus.

3. a) Quelles sont vos constatations objectives ?  
Voir ci-dessus.

b) Les troubles subjectifs (plaintes) peuvent-ils être fondés par vos constatations objectives ?  
Les plaintes de la patiente, actuellement en amélioration continue, correspondent aux constatations objectives observées,

au plan neuropsychologique. En ce qui concerne les douleurs encore présentes au niveau scapulo-rachidien, nous n'avons pas observé d'anomalie au status neurologique et local, ce qui témoigne de l'absence d'atteinte à l'intégrité organique à ce niveau, avec des troubles à type de contractures sur modification posturale statique en voie d'amélioration, et très probablement prochainement de résolution.

4. Quel est votre diagnostic ?

Status après 2 distorsions traumatiques de la région cervico-dorsale, avec séquelles douloureuses et cognitives fonctionnelles, sans anomalie organique persistante.

II Causalité

5. L'état somatique et/ou psychique est-il une conséquence naturelle des accidents de circulation de façon certaine, hautement vraisemblable ou possible ? Veuillez s.v.p; préciser la réponse pour les différentes lésions que vous aurez retenues et si possible expliquer la répartition entre les 2 accidents.

L'état somatique et psychique survenu après le 1<sup>er</sup> accident est purement secondaire à celui-ci, et était en voie de résolution complète quasiment achevé au moment du second accident. Ce dernier a exacerbé les mêmes troubles, avec en sus, une douleur plus localisée au niveau de l'épaule D, laquelle doit être considérée comme purement secondaire au second accident. En revanche, en ce qui concerne les douleurs médianes scapulo-cervico-dorsales, ainsi que les troubles neuro-cognitifs après le second accident, il faut considérer que 50% sont à la charge de celui-ci et 50% à la charge de l'accident précédent. En effet, s'il était survenu sans le 1<sup>er</sup> accident, le second aurait dû entraîner des troubles nettement moins marqués que le 1<sup>er</sup> du fait que d'une part la vitesse de collision était estimée inférieure à au moins une quinzaine de km, et que d'autre part la patiente, qui a vu venir le véhicule dans son rétroviseur, a pu appréhender la collision. Si le 1<sup>er</sup> accident n'avait pas eu lieu, dont les troubles étaient en voie de résolution, mais pas encore entièrement guéri[s], on peut estimer que la sévérité des troubles aurait été diminuée de moitié, et que la durée de leur persistance aurait été plus courte, aux alentours de 7-8 mois.

Sur le plan de la causalité, l'état douloureux et psychique objectivé est une conséquence naturelle certaine, tant pour le 1<sup>er</sup> que le second accident, selon les modalités de responsabilité respective mentionnées ci-dessus. En ce qui concerne le 1<sup>er</sup> accident, à l'exclusion du second, la causalité naturelle se serait éteinte après 18 mois au plus tard, et tout trouble ultérieur n'aurait pu être attribuable à cet accident. Cette causalité naturelle a été prolongée par le second accident, selon les modalités proportionnelles mentionnées ci-dessus, jusqu'à 2 ans après celui-ci. En ce qui concerne le second accident, à l'exclusion du 1<sup>er</sup>, la causalité naturelle aurait dû s'éteindre après au maximum 8 mois, celle-ci étant maintenant prolongée à 2 ans, selon les modalités proportionnelles ci-dessus, du fait de l'interaction avec le 1<sup>er</sup> accident.

6. a) Des facteurs étrangers à l'accident jouent-ils un rôle ? Si oui, lesquels et dans quelle mesure (merci d'en préciser le pourcentage) ?

Il n'y a pas de facteur maladif étranger à l'accident. Tout au plus peut-on considérer une personnalité décrite par la patiente elle-même comme atypique et fragile, où un suivi psychothérapeutique avait été jugé nécessaire à l'occasion d'événements privés par le passé. Il faut cependant relever qu'actuellement il n'existe aucun élément en faveur d'un trouble psychiatrique.

en cas de réponse affirmative à la question 6.a :

6. b) Les accidents de circulation ont-ils entraîné une aggravation des facteurs étrangers à l'accident de façon sensible et durable ou seulement de façon passagère ?

En raison de la réponse à la question 6 A, il n'y a pas lieu de répondre à cette question.

S'il s'agit d'une aggravation transitoire due à l'accident, à partir de quel moment le statu quo ante ou le statu quo sine est-il de nouveau atteint ?

### III Capacité de travail

7. L'atteinte à la santé due à l'accident provoque-t-elle une incapacité de travail dans son activité d'enseignante ? Si oui, dans quelle mesure en % ? Pendant encore combien de temps ? Pour quelles tâches ?

Il existe encore une incapacité de travail à 40%, qui devrait pouvoir passer à 20% au 01.04.10 et à 0% au 01.05.10. Ceci consiste les tâches usuelles de la patiente comme enseignante dans son domaine.

### IV État définitif

8. L'état final est-il atteint (à partir de quelle date) ou faut-il poursuivre, pour les seules suites de l'accident, un traitement médical :

L'état final définitif sera atteint à la fin mai 2010, c'est-à-dire 2 ans après le second accident. Il n'y aurait pas lieu de poursuivre, pour les seules suites de l'accident, un traitement médical à ce sujet.

a) Afin d'obtenir une amélioration notable de l'état de santé et/ou une augmentation de la capacité d'exercer une activité lucrative ?

b) Pour éviter une notable aggravation de l'état de santé actuel ?

Le cas échéant, quel traitement médical conseillez-vous ?

### V Activité de ménagère

9. Y a-t-il une incapacité de travail de Mme V. \_\_\_\_\_ pour effectuer les tâches ménagères suivantes

a) Alimentation (préparation des repas etc..) Non.

b) Laver la vaisselle, la ranger, mettre la table Non.

c) Faire les achats

Il existe une limitation actuellement du port de charge estimée à 3 kg à D et à 5 kg à G, dans le cadre de port de sacs à commission, sur un trajet ne dépassant pas une centaine de mètres.

d) Nettoyer, ranger, faire le lit etc..

Hormis le nettoyage des à-fonds, la patiente est capable de faire les activités de nettoyage et de rangement usuels de la maison.

e) Faire la lessive, repasser

Il n'y a pas de limitation à faire la lessive en utilisant une machine, la patiente peut faire une partie du repassage, mais pas le gros (draps, ...) actuellement.

f) Réparer, rénover, coudre, tricoter

Non.

g) Plantes, jardinage

La patiente n'est actuellement pas capable de passer la tondeuse à gazon ou d'effectuer des travaux lourds similaires, mais est capable d'effectuer du jardinage de façon occupationnelle.

h) Travaux administratifs

Non.

Il faut noter que les limitations mentionnées ci-dessus suivent le même trajet évolutif favorable, avec disparition de toutes limitations liées à l'accident pour fin mai 2010.

## VI Influence des 2 accidents

10. Peut-on à ce stade affirmer qu'un statu quo (ante ou sine) est intervenu pour l'un des 2 accidents. Si oui, pour lequel et à quelle date ?

Du fait de l'interaction des 2 accidents mentionnés sous la question 5, le statu quo n'a pas été atteint actuellement, ni pour le second, ni pour le 1<sup>er</sup> accident, dont les responsabilités respectives par rapport aux troubles encore persistants doivent être considérées selon les proportions indiquées à la question 5, le statu quo étant alors obtenu tant pour le 1<sup>er</sup> que le second accident fin mai 2010. Relevons ici qu'en l'absence d'anomalie organique traumatique attribuable tant au 1<sup>er</sup> qu'au second accident, il n'y a pas lieu d'envisager des séquelles persistantes au-delà de 2 ans après le dernier accident.

## VII Observations

Merci de nous faire part de toutes observations complémentaires que vous jugerez utiles

Vu l'existence de l'aspect psychologique qui s'est greffé sur la situation traumatique initiale, du fait que la patiente a ressenti une banalisation des accidents et de ses propres troubles par des tiers impliqués, un bon soutien à ce niveau paraît une excellente façon d'encadrer favorablement la résolution la plus rapide possible des plaintes encore rapportées."

Le 21 novembre 2009, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a répondu à Me Olivier Carré, conseil de l'assurée, que les troubles cognitifs et la fatigue qui motivaient un arrêt de travail partiel étaient dus à un « état inflammatoire de bas grade cérébral » mis en évidence par BrainScreen.

Par lettre du 3 octobre 2010 reçue le 31 mai 2011 par K.\_\_\_\_\_, la Dresse D.\_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente souffrait encore d'une fatigue, de troubles cognitifs ainsi que de fragilité au stress. Ces troubles (ou Whiplash Associated Disorders) motivaient la poursuite du traitement par blocage des Trigger Points.

Par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010 de La B.\_\_\_\_\_, intégralement confirmée selon décision sur opposition du 15 avril 2013 de K.\_\_\_\_\_, il a été mis fin à la prise en charge de l'événement du 4 mars 2008 avec effet au 31 mai 2010, au motif que tant la causalité naturelle qu'adéquate n'étaient pas données au-delà du 31 mai 2010, soit que le status quo sine était atteint plus de deux ans après le dernier accident. L'assurance-accidents se basait sur les constatations et conclusions du rapport d'expertise du Professeur N.\_\_\_\_\_. Elle ajoutait que même si par impossible la relation de causalité naturelle devait encore être admise au-delà du 31 mai 2010, le lien de causalité adéquate faisait de toutes les façons défaut ; en présence d'un accident de gravité moyenne ayant entraîné un traumatisme du type "coup du lapin", un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral (TCC), aucun des critères posés par la jurisprudence en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique n'était rempli en l'espèce.

**C.** Par acte du 16 mai 2013, V.\_\_\_\_\_, représentée par Me Olivier Carré, a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et a conclu, avec dépens, à la réforme de la décision sur opposition précitée en ce sens qu'elle a encore droit aux prestations LAA des suites de ses accidents des 18 mai 2007 et 4 mars 2008, le dossier de la cause étant renvoyé à l'assureur intimé pour complément d'instruction puis nouvelle décision dans le sens des considérants. La recourante

reproche à K.\_\_\_\_\_ un manque d'instruction. Elle a produit un rapport d'expertise privée du 12 mai 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, établi sur la base de l'examen de son dossier ainsi que d'une imagerie complète (radiographies, tomodensitométrie et IRM) du rachis cervical de mai 2013. Les conclusions de cet expert privé sont les suivantes :

“Madame V.\_\_\_\_\_ a subi deux traumatismes du rachis cervical selon un mécanisme associant une flexion à une extension le 18 mai 2007 et le 4 mars 2008.

Les examens cliniques et d'imagerie réalisés au cours de l'année 2007 n'ont pas permis d'établir formellement la présence d'une lésion traumatique, même si le Dr F.\_\_\_\_\_ relève des signes cliniques compatibles avec un traumatisme et que l'imagerie du rachis cervical par résonance magnétique, réalisée le 5 juillet 2007, montre une perte de la courbure normale du rachis cervical.

L'évolution dans les suites du deuxième traumatisme cervical est marquée par la persistance prolongée de cervicalgies. Y sont associés les signes cliniques que l'on regroupe sous le syndrome de Bärtschi-Rochaix. Mme V.\_\_\_\_\_ ne bénéficie alors, du 4 mars 2008 au mois de mai 2013, que d'un seul examen d'imagerie. Il s'agit d'une tomodensitométrie du rachis cervical en date du 23 mai 2008. Malheureusement, celle-ci est incomplète et n'examine pas les étages cervicaux inférieurs, selon les images à disposition.

La persistance du syndrome de Bärtschi-Rochaix dans les suites de deux traumatismes en flexion-extension du rachis cervical doit faire en premier lieu chercher un traumatisme du rachis cervical.

J'ai donc fait réaliser une imagerie complète du rachis cervical. Celle-ci relève des lésions post traumatiques à type de :

- Une perte complète de la courbure normale du rachis cervical avec une diminution de la hauteur du disque C5/C6.
- Une perte de la fonction normale du rachis cervical, en particulier avec une rupture au niveau C5/C6.
- Une calcification du grand ligament vertébral commun antérieur, dont l'origine traumatique ne peut pas être formellement écartée.
- Un arrachement du bord antérieur du plateau antérieur de la vertèbre C6.
- Un remaniement de la partie antéro-supérieure du corps vertébral de C6 en miroir avec l'arrachement (encorbellement).
- Une calcification de l'angle postéro-inférieur droit du corps de C6 par lésion du grand ligament vertébral postérieur.
- La présence d'une protrusion discale postéro-médiane du disque C6/C7 accompagnée d'un soulèvement ligamentaire postérieur.

L'anamnèse, les éléments d'imagerie associés aux cervicalgies et du syndrome persistant de Bärtschi-Rochaix permettent de poser le diagnostic d'entorse cervicale entre la 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> vertèbre cervicale.

Cette entorse est due au traumatisme du 4 mars 2008, puisqu'aucune lésion n'a pu être mise en évidence antérieurement.

La pathologie cervicale dont a souffert et souffre encore Mme V. \_\_\_\_\_ est d'origine traumatique, accidentelle au sens de la Loi sur l'Assurance[-] Accident[s] en raison des lésions ligamentaires (grand ligament vertébral commun antérieur et postérieur) du rachis cervical.

Diagnostic différentiel: Les calcifications d'origine non traumatique sont à discuter.

L'âge de la patiente, 48 ans, ainsi que son origine Caucasienne ne sont pas en faveur d'une telle pathologie, surtout chez une personne qui n'a pas pratiqué de sports agressifs pour le rachis cervical. De même, la calcification ligamentaire, réduite à un seul niveau vertébral, est rare. Elle ne serait pas à même, au vu de sa taille, d'entraîner les sévères troubles fonctionnels tels que mis en évidence par la radiographie fonctionnelle. Une calcification ligamentaire double, à savoir antérieure et postérieure est rare en Europe, au contraire des lésions traumatiques. La localisation postérieure serait de position spatiale, unilatérale, tout à fait inhabituelle pour une calcification idiopathique du ligament postérieur. L'aspect tomodynamométrique des calcifications n'est pas compatible avec une ossification sans traumatisme, surtout en présence d'une image d'encorbellement en miroir.

La calcification non traumatique ne peut donc pas être retenue dans le cas de Mme V. \_\_\_\_\_.”

La recourante déduit de ces constatations médicales que fondé sur une instruction à l'évidence insuffisante, l'assureur intimé aurait mis fin à tort à ses prestations avec effet au 31 mai 2010 croyant à un rétablissement de l'état de santé atteint à cette dernière date. Elle précise pour terminer qu'en cas de divergence persistante, une expertise judiciaire s'avérerait devoir être mise en oeuvre.

Par réponse du 25 septembre 2013, K. \_\_\_\_\_ a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision sur opposition querellée. L'intimée a produit un rapport complémentaire du 12 septembre 2013 de son médecin-conseil le Dr W. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique. Ce médecin prend position comme il suit sur les constatations et conclusions de son confrère le Dr Q. \_\_\_\_\_ :

“Concernant le syndrome de Bärtschi-Rochaix, qui rentre dans le cadre plus général des syndromes subjectifs post-whiplash, l'expertise médicale du Dr N. \_\_\_\_\_ l'a déjà abordé en détail. Il

reste une entité empirique, sans concordance formelle avec des lésions anatomiques macroscopiquement identifiables, et perd de sa signification et de sa crédibilité dans le temps, dès le moyen terme (plus de 6 mois).

Sur le plan organique, Mme V. \_\_\_\_\_ présente une discopathie C5-6 modérée et C6-7 débutante.

Je rappelle que les lésions discales cervicales (comme pour les lombaires) commencent avec le vieillissement, c'est-à-dire dès l'âge de 30 ans.

Leur prévalence s'étale sous forme d'une courbe de Gauss, la fréquence maximale étant aux alentours de la 45<sup>ème</sup> année, ceci en raison d'une constellation biomécanique particulière: c'est en effet lors de la 4<sup>ème</sup> et la 5<sup>ème</sup> décennie qu'apparaît un nombre croissant de micro-ruptures (lésions par insuffisance) du disque intervertébral qui, au niveau cervical, peut intéresser tout le diamètre du disque (Bland-1987), en même temps que les contraintes maximales imposées sur le rachis, ne serait-ce que par les activités quotidiennes. Bien entendu, une prédisposition génétique est supputée, de plus en plus mise en cause dans tout processus d'usure de l'appareil locomoteur. Le disque se deshydrate progressivement, perdant de son élasticité et de sa résistance et peut, s'il est sollicité de façon particulière, se déchirer (Krämer-1986).

L'atteinte malade/dégénérative touche généralement plusieurs étages de la colonne cervicale, mais plus souvent le segment C5-6, suivi par ordre de fréquence par le segment C6-7 et C4-5, l'atteinte proximale du rachis cervical étant nettement moins fréquente (Gore-1987; Rizzolo-1991).

La vaste majorité des discopathies, et des hernies discales, se développe sans l'influence d'un accident unique, élément qui a pu être confirmé par diverses études épidémiologiques (Kelsey-1984; Rizzolo). L'étude de Kelsey (portant sur l'analyse de 88 études) ne relève pas d'accident probant considéré comme élément causal dans la constitution d'une lésion discale significative, susceptible d'altérer de manière drastique son cursus dégénératif usuel. On précise aussi que, dans la littérature médicale consacrée aux traumatismes sportifs, la cervicarthrose ou la hernie discale cervicale n'est que très rarement mentionnée.

Toutes ses études ont été faites chez des Caucasiens.

Pour une description plus simple, ou plus laïque, du problème, une référence internet est intéressante: <http://www.drscicotte.com/arthrose-cervicale/arthrose-cervicale-cinq-stades.html>.

Cette référence, française, montre l'évolution de la discopathie cervicale dégénérative sur un plan radiologique avec, au premier stade évolutif, un affaissement progressif du disque (et donc de l'espace intervertébral), suivi plus tard par la formation d'ostéophytes des plateaux vertébraux concernés, qu'ils soient antérieurs ou postérieurs (stade II), puis de calcifications ectopiques,

en particulier disco-ligamentaires (stade II) ! Dans l'intervalle, la perte de la lordose cervicale est presque la règle, pour les arthroses intermédiaires/basses. On peut ensuite observer des sublaxations intervertébraux, conséquences elles aussi de l'instabilité chronique, avant le stade final, c'est-à-dire la possibilité d'une fusion pure et simple entre des vertèbres.

Finalement, tous les éléments radiologiques objectivés dans le cas de Mme V.\_\_\_\_\_ relèvent d'une pathologie dégénérative ou atraumatique unique, en particulier de l'étage C5-6 (affaissement, ostéophytes, calcifications ligamentaires, etc.), telle qu'elle est décrite plus haut.

Pour aller plus loin dans cet argumentaire, je fais appel au textbook de Resnik, Bone and Joint Imaging, 2<sup>ème</sup> édition, livre de référence pour nos collègues radiologues. En page 365, figure 36-17, on remarque les deux types d'ostéophytes possibles des corps vertébraux (annexe 1). On parle d'ostéophytes classiques, réactionnels à des contraintes en pression, au bord des plateaux, appelés becs de perroquet (ou claw osteophytes des anglosaxons). On parle aussi d'ostéophytes juxtant les plateaux, à 2-3 mm de ces derniers, appelés ostéophytes par traction. Tous semblent représenter des étapes différent[e]s d'un seul et même processus, celui de la discopathie avec instabilité progressive et consécutive (cf. étude de Pate — 1988).

D'autres exemples d'ostéophytes de traction, ou sous-marginaux, peuvent être observés dans l'Atlas of normal radiologic variants, auteur Keats T., figures 3- 89, 3-93 et 3-95.

C'est un de ces ostéophytes par traction que le Dr Q.\_\_\_\_\_ appelle «encorbeillement», terme qui lui appartient !

Précisons aussi que les structures ligamentaires stabilisatrices, entre les vertèbres, se trouvent dans la partie postérieure, c'est-à-dire entre les apophyses épineuses et les apophyses postéro-latérales. La stabilité de la colonne antérieure (corps vertébraux et disques) est marginalement assurée par la relative souplesse des disques.

Quant aux ligaments longitudinaux, antérieur et postérieur, ils tapissent des vertèbres, en s'y accolant, sans s'y insérer (!), et apportent un rôle stabilisateur très mineur (Cf. annexes 2 et 3a, qui sont issus du textbook de Browner BD et coll: Skeletal trauma, 2<sup>ème</sup> édition, Saunders, 1998 et l'annexe 3b, issu de l'Atlas d'anatomie humaine, Sobotta, tome 1, 1977).

Les déchirures ligamentaires (ceux de la colonne intermédiaire et postérieure) surviennent généralement après des traumatismes à haute, voire très haute, énergie. Pour déchirer un ligament longitudinal, qu'il soit antérieur ou postérieur, il faut une action vulnérante extraordinaire, avec des mouvements segmentaires cervicaux pour ainsi dire extrêmes, ce qui rend ces déchirures exceptionnelles.

Un "laïque" peut sans autre se rendre compte en observant l'annexe 4, ainsi que la figure 6 de l'article de JH Harris.

En définitive, Mme V.\_\_\_\_\_ présente une dégénérescence cervicale banale pour son âge (et son origine raciale).

La discopathie en question présente des stigmates radiologiques classiques, sous forme d'un affaissement discal, voire d'une protrusion discale, associés à des formations ostéophytaires réactionnels classiques (ostéophytes marginaux et ostéophytes de traction) et des calcifications ligamentaires tout autant typiques. Ces calcifications, en particulier celle qui juxte l'ostéophyte de traction de C6, antérieurement, n'a pas d'origine traumatique. En effet, on ne voit pas ce qui peut générer un arrachement à ce niveau, sur la base des éléments anatomiques, puisque aucune formation ligamentaire ne s'y attache (le ligament longitudinal antérieur venant tout simplement tapisser cette région).

Pour finir, il faut aussi préciser que, ce n'est que lors d'accidents graves, avec mouvements d'amplitudes extrêmes, survenant lors d'influences extérieures violentes sur la colonne cervicale, que l'on peut observer un véritable prolapsus discal aigu, très souvent associé à une luxation/fracture régionale, lésion susceptible de constituer la base d'une instabilité intervertébrale ultérieure et générer ainsi les lésions satellites déjà abordées (ostéophytes, perte de hauteur discale, etc.). Restons toutefois prudents, puisqu'une étude, effectuée sur une large échelle, sur des polytraumatisés, a montré que seuls 4,6% de ces patients présentaient une fracture ou une luxation cervicale, une hernie discale traumatique n'ayant pu être constatée chez aucun d'entre eux (Gerrelts-1991) !

Chez Mme V.\_\_\_\_\_, la dégénérescence cervicale avait débuté avant l'événement qui nous concerne. Je rappelle que ce segment rachidien n'était pas intacte, le 4 mars 2008. En effet, l'IRM du 5 juillet 2007 avait très clairement mis en évidence des protrusions discales sous-ligamentaires en C5-6, C4-5 et C6-7 (cf. rapport médical du Dr P.\_\_\_\_\_, FMH Neurologie, du 2 juin 2008), s'agissant en réalité de discopathies à un stade initial, qui évoluent progressivement dans le temps, avec une géographie (atteinte préférentielle de l'étage C5-6) typique.

J'ai passé en revue une grande partie de la littérature proposée par le Dr Q.\_\_\_\_\_, les articles étant joints au présent rapport [...]. Je n'ai pas observé de référence faisant état d'arrachements ligamentaires antérieurs des vertèbres cervicales, allant dans le sens du Dr Q.\_\_\_\_\_. En revanche, dans les articles traitant les lésions dites occultes, on analyse des lésions ligamentaires postérieurs (article de Wilberger), voire des lésions ligamentaires associées à des fractures cervicales par compression, qui sont les plus fréquentes (cf. articles de Allen et Harris).

En d'autres termes, la relation de causalité naturelle entre, l'événement survenu le 4 mars 2008 et, les troubles constatés sur le rachis cervical de Mme V.\_\_\_\_\_, s'agissant en particulier de ceux de l'étage C5-6, paraît très hautement invraisemblable. Ces troubles reflètent (avec une très haute vraisemblance) une discopathie dégénérative classique."

K.\_\_\_\_\_ estime en conséquence que les éléments médicaux découverts en mai 2013 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, soit cinq ans après le second accident, sont sans lien de causalité naturelle, au degré de la

vraisemblance prépondérante, avec l'accident du 4 mars 2008. S'agissant du lien de causalité adéquate, l'intimée s'en réfère aux considérants de la décision attaquée. Elle est d'avis qu'en l'absence de lésion organique objectivable, elle était fondée à mettre fin aux prestations avec effet au 31 mai 2010 sur la base du statu quo déterminé par le Dr N.\_\_\_\_\_. Dans ces circonstances, une expertise supplémentaire ne s'avère pas être nécessaire.

Le 30 septembre 2013, le Dr Q.\_\_\_\_\_ a produit la copie des radiographies de la colonne cervicale et CT-cervical du 2 mai 2013 et une IRM du rachis thoraciques du 13 mai 2013 réalisés par le Dr J.\_\_\_\_\_, radiologue, documents sur lesquels il s'est basé dans son rapport d'expertise privée du 12 mai 2013.

Dans sa réplique du 2 décembre 2013, la recourante a maintenu ses précédentes conclusions. Elle a produit un rapport du 20 novembre 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_. Ce chirurgien émet plusieurs critiques sur l'avis du médecin-conseil de l'intimée ; il observe en substance que les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ sur l'étude du lien de causalité naturelle ne sauraient être retenues étant précisé que ce médecin-conseil ne tiendrait pas compte de l'accident du 18 mai 2007, le traumatisme consécutif à celui survenu le 4 mars 2008 étant seul retenu. Il semblerait en d'autres termes qu'il n'ait pas été tenu compte suffisamment de l'existence d'un double traumatisme lié aux deux accidents successifs. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ reproche également au médecin-conseil de l'intimée de s'être référé à des opinions scientifiques trop anciennes en regard des standards actuels et de s'être exprimé sans examen mais uniquement sur la base du dossier de la recourante.

Par duplique du 7 février 2014, l'intimée a indiqué maintenir ses précédentes conclusions. Etaient jointes en annexe, les réponses complémentaires du 6 février 2014 du Dr W.\_\_\_\_\_ à un questionnaire établi par K.\_\_\_\_\_ suite à la détermination du 20 novembre 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_. Ces réponses étaient les suivantes :

“[Au vu de toutes les pièces administratives et médicales au dossier lors de votre appréciation du 12.09.2013, ausculter l’assurée pourrait-il apporter quelque chose de plus ou modifier votre appréciation du cas ? (motivation)]

1. L’ausculter n’aurait rien apporté de plus, car nous sommes à distance du traumatisme et toutes les informations figurent au dossier, en particulier dans le rapport d’expertise du Dr N.\_\_\_\_\_.

[De quoi parle le Dr Q.\_\_\_\_\_ en p. 2, 6ème §, “Les anomalies patentes...ne sont pas analysées.” ? Vous êtes-vous déterminé à ce sujet dans votre rapport du 12.09.2013 ?]

2. Toutes les anomalies ont été appréciées. En ce qui concerne la courbure du rachis cervical, elle est modifiable en fonction de la position adoptée par le patient, y compris antalgies. Ce n’est donc pas un élément déterminant.

[Aviez-vous visualisé les images radiologiques ?]

3. Oui, j’ai analysé les images.

[Le Dr Q.\_\_\_\_\_ prétend que les références que vous avez citées sont trop anciennes. Pourquoi avez-vous choisi ces références ? (seules admises par la communauté scientifique ? pas de nouveautés depuis lors ?)]

4. Il s’agit des références valables à l’heure actuelle. Il n’y a pas de nouveauté[s] en la matière. Je rappelle que les études d’observation, faites sur un long terme, voire les études anatomiques, sont rares, de sorte que nous devons régulièrement faire référence aux mêmes études.

[PATE traite du rachis lombaire, en quoi est-ce pertinent dans le cas de Mme V.\_\_\_\_\_ ?]

5. L’analyse du rachis cervical, sur le plan de l’évolution dégénérative, est similaire à celle observée au rachis lombaire. Plus précisément, je vous invite encore une fois à visiter l’adresse, qui vous donnera toutes les informations utiles, caractérisant l’évolution dégénérative de ce segment cervical.

[Que pouvez-vous dire du lien de causalité naturelle entre l’accident du 18 mai 2007 et les troubles constatés par le Dr Q.\_\_\_\_\_ en 2013 ?]”

6. L’accident de 2007 a fragilisé la zone et donc prolongé le délai de guérison lors du second accident, mais les lésions traumatiques, en l’occurrence mineur[e]s, finissent par guérir. Il faut analyser la lésion due à chaque accident pour déterminer le lien de causalité. Le Dr N.\_\_\_\_\_ s’est valablement déterminé sur ce point.

[Remarques ? Précisions ?]

7. Je me permets de vous renvoyer à nouveau au site <http://www.drscotte.com/arthrose-cervicale/arthrose-cervicale->

[cinq-stades.html](http://cinq-stades.html), qui est en français, et permet à un non-médecin de bien comprendre la problématique des discopathies cervicales dégénératives, pathologie dont souffre Mme V.\_\_\_\_\_. En l'occurrence, un arrachement ligamentaire antérieur est du domaine du possible voire exclu, compte tenu de l'anatomie (cf. mon rapport du 12 septembre 2013, page 4, paragraphes 5 et 6), mais certainement pas probable.

Je précise encore que, aucune imagerie détaillée, IRM ou CT, n'a été faite juste après le second accident (délai de quelques jours à quelques semaines), de sorte qu'une supputée lésion ligamentaire y relative ne peut être prouvée. Quant aux images mises à disposition, elles reflètent une situation classique de discopathie.

En outre, à votre demande, je précise que je suis aussi expert SIM certifié, bien que je ne l'indique pas systématiquement dans mes rapports. Vous pouvez consulter la liste des confrères certifiés sur le site de la SIM (<http://www.swiss-insurance-medicine.ch/fr/recherche-experts-certifies-sim.html>)."

Le 19 mars 2014, la recourante a produit une nouvelle prise de position du 10 mars 2014 du Dr Q.\_\_\_\_\_ contestant le bien-fondé du rapport complémentaire de son confrère, le Dr W.\_\_\_\_\_. Elle a également produit la copie de deux lettres des 21 juillet et 24 octobre 2011 reçues de la Direction générale de l'enseignement supérieur. Il en ressort que dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011 la recourante est engagée au taux de 68% en qualité de Maître C d'enseignement professionnel supérieur auprès de la M.\_\_\_\_\_. La recourante insiste sur la nécessité de mettre en œuvre une « véritable expertise » et non pas de se limiter à un avis privé du Dr W.\_\_\_\_\_ ou de tout autre médecin choisi par l'intimée.

Dans ses déterminations du 10 avril 2014, K.\_\_\_\_\_ a expressément indiqué maintenir ses conclusions, d'avis que le rapport de son médecin-conseil ainsi que son complément sont clairs et suffisants pour permettre de statuer sur le fond du litige.

**D.** A lecture de la facture de réparation du 26 mai 2008 ainsi que du rapport d'expertise (selon le système Audatex) du 19 mai 2008 établis par la Carrosserie C.\_\_\_\_\_ à [...], le montant total des frais de réparation du dommage partiel causé au véhicule de la recourante suite au second accident s'élève à 2'991 fr. 25 TVA incluse.

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

**1. a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

**b)** La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

En l'espèce, la recourante est domiciliée dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

**2. a)** En tant qu'autorité de recours contre une décision prise par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53).

**b)** Est litigieuse la question de savoir s'il subsiste au-delà du 31 mai 2010 une relation de causalité naturelle et adéquate entre les troubles présentés par la recourante et les accidents des 18 mai 2007 - assuré par X.\_\_\_\_\_ - et 4 mars 2008 - assuré par La B.\_\_\_\_\_, reprise par K.\_\_\_\_\_.

**3.** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA).

Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e).

Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré une pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique due à un accident (cf. art. 6 LPGGA).

L'art. 36 al. 1 LAA prévoit que les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident.

**4.** L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1).

Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C\_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2 et 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Par ailleurs, selon la Haute Cour, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être

admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; Pratique VSI 2001 p. 106, consid. 3b/bb et cc). Une expertise présentée par une partie n'a pas la même valeur que des expertises mises en œuvre par un tribunal ou par un assureur-accidents conformément aux règles de procédure applicables. En vertu des principes énoncés par la jurisprudence concernant l'appréciation des preuves, le juge est toutefois tenu d'examiner si elle est propre à mettre en doute, sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par le tribunal ou par l'assureur-accidents (ATF 125 V 351).

**5.** L'assurance a mis un terme à la prise en charge des prestations dès le 1<sup>er</sup> juin 2010, au motif que le statu quo sine vel ante était considéré comme retrouvé à cette date. La recourante conteste cette appréciation. Elle estime que les traitements et incapacités de travail postérieurs au 31 mai 2010 sont encore dans un lien de causalité naturelle et adéquate avec les accidents des 18 mai 2007 et 4 mars 2008.

L'obligation de l'assureur-accidents d'allouer ses prestations au-delà du 31 mai 2010 suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre les accidents en question et l'atteinte à la santé (ATF 123 V 103 consid. 3d, 123 V 139 consid. 3c, 122 V 416 consid. 2a et les références; TF 8C\_55/2013 du 7 janvier 2014, consid. 3 et 8C\_87/2007 du 1<sup>er</sup> février 2008, consid. 2.2).

**a)** L'exigence du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se

fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'il ne peut être qualifié de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TFA U 80/2005 du 18 novembre 2005, consid. 1.2; ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 289 consid. 1b et les références).

La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C\_551/2012 du 26 juin 2013, consid. 2, 8C\_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2, 8C\_805/2007 du 20 août 2008, consid. 2 et les références citées). 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 et 8C\_552/2007 du 19 février 2008, consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TFA U 215/1997 du 23 février 1999, consid. 3b, in : RAMA 1999 n° U 341 p. 408 ss.). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré.

**b)** En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (arrêt 8C\_792/2009 du 1<sup>er</sup> février 2010, consid. 6.1, et les références). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9, 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b). Selon la jurisprudence, on peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C\_537/2009 du 3 mars 2010, consid. 5.3, 8C\_216/2009 du 28 octobre 2009, consid. 2 et les références).

**c)** En l'espèce, la recourante s'est immédiatement plainte après le second accident de douleurs de la région cervico-dorsale (cf. constat amiable d'accident automobile du 4 mars 2008 et rapport médical du 9 mai 2008 de la Dresse D.\_\_\_\_\_).

Selon la décision attaquée, le statu quo sine vel ante est atteint au 1<sup>er</sup> juin 2010, soit dans un délai de deux ans après la survenance du second accident. La recourante réfute ce point de vue.

Les diagnostics des Drs D.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ concordent sur le fait que la recourante souffre des suites de deux

accidents avec distorsions traumatiques de la région cervico-dorsale de type « coup du lapin » (ou whiplash syndrome associated disorders de stade II). La Dresse D.\_\_\_\_\_ y ajoute l'apparition puis la persistance d'une fatigue, de troubles cognitifs ainsi que d'une fragilité au stress, symptômes justifiant selon ce médecin la poursuite du traitement par blocage des Trigger Points (cf. rapports des 21 novembre 2009 et 3 octobre 2010 de la Dresse D.\_\_\_\_\_). Se basant sur la prolongation de ses rapports de travail au taux de 68% dès le 1<sup>er</sup> septembre 2011, l'assurée soutient ne pas encore avoir récupéré à cette date une capacité de travail supérieure à 60%, parfois avec des pics légèrement supérieurs.

S'agissant de la causalité naturelle, le Professeur N.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic de status après deux distorsions traumatiques de la région cervico-dorsale, avec séquelles douloureuses et cognitives fonctionnelles, sans anomalie organique persistante. L'expert relève que les plaintes de la patiente (fatigue, troubles attentionnels, déficit mnésique), actuellement en amélioration continue, correspondent aux constatations objectives observées au plan neuropsychologique. En ce qui concerne les douleurs au niveau scapulo-rachidien, il n'a pas observé d'anomalie au status neurologique et local, ce qui témoigne de l'absence d'atteinte à l'intégrité organique à ce niveau, avec des troubles à type de contractures sur modification posturale statique en voie d'amélioration, et très probablement prochainement de résolution. Le Professeur N.\_\_\_\_\_ relève qu'en ce qui concerne les douleurs médianes scapulo-cervico-dorsales ainsi que les troubles neuro-cognitifs après le second accident, il faut considérer que 50% sont à la charge de celui-ci et 50% à la charge de l'accident précédent. Selon cet expert s'il était survenu sans le premier accident, le second aurait dû entraîner des troubles nettement moins marqués que le premier compte tenu d'une part que la vitesse de collision était estimée inférieure à au moins une quinzaine de km/h. et que, d'autre part, la patiente qui a vu venir le véhicule dans son rétroviseur a pu anticiper la collision. Si le premier accident n'avait pas eu lieu - dont les troubles étaient en voie de résolution, mais pas encore entièrement guéris -, le Professeur N.\_\_\_\_\_ estime que la sévérité des troubles aurait été diminuée de moitié et que la durée de leur persistance aurait été plus

courte, aux alentours de sept à huit mois. Sur le plan de la causalité, cet expert est d'avis que l'état douloureux et psychique objectivé est une conséquence naturelle certaine tant pour le premier que pour le second accident, ceci selon les modalités de responsabilité respectives énoncées ci-avant. Le Professeur N.\_\_\_\_\_ précise ainsi qu'en ce qui concerne le premier accident, à l'exclusion du second, la causalité naturelle se serait éteinte après dix-huit mois au plus tard, sans qu'un trouble ultérieur ne puisse être attribuable à cet accident. Cette causalité naturelle a en l'occurrence été prolongée par le second accident, selon les modalités proportionnelles susmentionnées, jusqu'à deux ans après celui-ci. Le Professeur N.\_\_\_\_\_ relève au surplus qu'en ce qui concerne le second accident, à l'exclusion du premier, la causalité naturelle aurait dû s'éteindre après au maximum huit mois, cette causalité naturelle étant maintenant prolongée à deux ans, selon les modalités proportionnelles énoncées ci-avant, du fait de l'interaction avec le premier accident. Cet expert déduit de ces constatations que les troubles présentés par l'assurée étaient la conséquence des deux accidents mais au maximum pour une durée de deux ans après le second accident, soit à la fin mai 2010 (cf. rapport d'expertise neurologique du 14 septembre 2009 du Professeur N.\_\_\_\_\_, p. 7 ch. 5).

A partir du mois de mai 2008, la Dresse D.\_\_\_\_\_ atteste une incapacité de travail à 50% en raison de troubles cognitifs et de fatigue. Dans son rapport du 3 octobre 2010 transmis au mois de mai 2011 à l'intimée, ce médecin mentionne les mêmes raisons médicales pour motiver l'incapacité de travail persistante de sa patiente (à savoir 40% sur 100%). Ce n'est qu'à compter de mai 2013 que le Dr Q.\_\_\_\_\_ fait état de cervicalgies dans les suites du second accident (cf. rapport du 12 mai 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, p. 15). Selon cet orthopédiste, la persistance du syndrome de Bärtschi-Rochaix (= whiplash syndrome associated disorders) doit en effet « faire en premier lieu chercher un traumatisme du rachis cervical » (cf. rapport du 12 mai 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, p. 16). Sur la base d'une imagerie complète du rachis cervical, le Dr Q.\_\_\_\_\_ retient l'existence de lésions post-traumatiques et pose le diagnostic d'entorse cervicale entre la 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> vertèbre cervicale. Il précise encore que

cette entorse est causée par le second accident dès lors qu'aucune lésion n'a pu être mise en évidence antérieurement à cet événement (cf. rapport du 12 mai 2013 du Dr Q.\_\_\_\_\_, p. 16).

Toutefois, même si le Dr Q.\_\_\_\_\_ pose le diagnostic d'entorse cervicale entre la 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> vertèbre cervicale en lien avec le second accident, il ne se prononce ni sur la capacité de travail de l'assurée ni sur un éventuel statu quo.

Au mois de juin 2007, le Dr F.\_\_\_\_\_ observe à cet égard uniquement au status une contracture paraspinale interscapulaire. Ce chirurgien orthopédique précise que la mobilité cervicale est libre. D'autre part, en 2008, seule la Trigger Points Therapy est mise en œuvre par la Dresse D.\_\_\_\_\_. Cette thérapie est appliquée en raison d'un « état inflammatoire de bas grade cérébral » mis en évidence par BrainScreen (cf. rapport du 21 novembre 2009 de la Dresse D.\_\_\_\_\_ au conseil de la recourante). Le BrainScreen consiste en une analyse sanguine et urinaire permettant une approche nutritionnelle et fonctionnelle des principaux paramètres impliqués dans la neurotransmission du cerveau (cf. [http://www.rplab.be/fr/analyse\\_nutri\\_brainscreen.cfm](http://www.rplab.be/fr/analyse_nutri_brainscreen.cfm)). Force est d'admettre avec l'intimée que ni le BrainScreen ni la Trigger Points Therapy ne constituent des méthodes médicalement reconnues par les assurances sociales en tant que traitements a fortiori pour les suites de traumatismes cervicaux par accélération.

En ce qui concerne les lésions post-traumatiques du rachis cervical, relevées par le Dr Q.\_\_\_\_\_ cinq ans après l'accident et non clairement étayées, on constate qu'au terme des deux examens neurologiques pratiqués en 2008 et 2009, les Drs P.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ ne mettent en évidence aucune lésion organique compatible susceptible d'entraîner un déficit sur le plan neurologique. L'ensemble des médecins alors intervenus, à savoir également le médecin traitant ainsi que la Dresse D.\_\_\_\_\_, n'ont par ailleurs pas fait pratiquer d'examens orthopédiques complémentaires. Cela atteste au besoin l'absence de suspicion par les quatre médecins consultés d'une anomalie organique.

Concernant le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_, on relève avec le Dr W.\_\_\_\_\_ que la recourante présente sur le plan organique une discopathie C5-6 modérée et C6-7 débutante (cf. rapport complémentaire du 12 septembre 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, p. 2). Le Dr W.\_\_\_\_\_ constate sur la base de plusieurs études épidémiologiques que la vaste majorité des discopathies et des hernies discales se développe sans l'influence d'un accident unique (cf. rapport complémentaire du 12 septembre 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, p. 3). Ce médecin ne conclut qu'à une pathologie dégénérative (dégénérescence cervicale) chez la recourante, banale compte tenu de son âge. Le Dr W.\_\_\_\_\_ rappelle en outre que chez Mme V.\_\_\_\_\_, la dégénérescence cervicale était déjà visible sur l'IRM du 5 juillet 2007 sous la forme de protrusions discales sous-ligamentaires en C5-6, C4-5 et C6-7, soit à un stade initial (cf. rapport complémentaire du 12 septembre 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, p. 5). Il en conclut que ces troubles reflètent une discopathie dégénérative classique sans lien avec l'accident du 4 mars 2008 (cf. rapport complémentaire du 12 septembre 2013 du Dr W.\_\_\_\_\_, p. 6).

Quant au Dr Q.\_\_\_\_\_, il se limite à constater différentes lésions ou anomalies du rachis cervical sans exposer les motifs médicaux pour lesquels ces lésions seraient d'origine accidentelle, et non dégénérative, au vu de la période de cinq ans séparant l'accident du 4 mars 2008 des nouvelles investigations. Le Dr Q.\_\_\_\_\_ se contente d'affirmer qu'en l'absence de lésions constatées par imagerie après l'accident de 2008, une imagerie qui n'a précisément pas été réalisée, les anomalies actuelles découlent forcément dudit accident. Un tel raisonnement ne peut être suivi ; le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit en effet pas à établir un rapport de causalité naturelle (et adéquate) avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" ; cf. consid. 5a supra). Cela vaut d'autant qu'il est 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 et 8C\_396/2011 du 21 septembre 2011, consid. 3.2 ; TFA U 354/2004 du 11 avril 2005, consid. 2.2 et les références).

Le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ ne parvient pas à mettre en doute, même faiblement, les constatations médicales faites précédemment par les Drs F.\_\_\_\_\_, P.\_\_\_\_\_ et N.\_\_\_\_\_ qui mentionnent des distorsions traumatiques dans la région cervico-dorsale, avec séquelles douloureuses et cognitives fonctionnelles, sans anomalie organique persistante. Il y a ainsi lieu de retenir avec le Dr W.\_\_\_\_\_, au degré de la vraisemblance prépondérante, que sur le plan orthopédique la recourante présente une discopathie dégénérative classique sans lien avec l'accident du 4 mars 2008. Les lésions mises en évidence en mai 2013 par le Dr Q.\_\_\_\_\_, soit cinq ans après le dernier accident, sont donc dégénératives et sans lien de causalité avec les accidents de la circulation des 18 mai 2007 et 4 mars 2008.

Il découle de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimée a retenu, sur la base des conclusions du Professeur N.\_\_\_\_\_ et du Dr W.\_\_\_\_\_, qui emportent la conviction, l'absence de lien de causalité naturelle entre les accidents des 18 mai 2007 et 4 mars 2008 et les troubles dont souffre la recourante au-delà du 31 mai 2010 et donc refusé le droit à des prestations LAA dès cette date. Le rapport du Dr Q.\_\_\_\_\_ n'est pas propre à mettre en doute sur les points litigieux importants, l'opinion et les conclusions de l'expert mandaté par l'assureur-accidents.

Cela étant, sur le plan de la causalité naturelle, on retient que le statu quo sine vel ante est atteint au 1<sup>er</sup> juin 2010. On relèvera que si par impossible le lien de causalité naturelle devait être considéré comme maintenu au-delà de cette date, la causalité adéquate ne serait de toute manière pas remplie.

**6. a)** Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 in limine ; TF 8C\_892/2012 du 29 juillet 2013, consid. 3.1). Selon la jurisprudence, la

causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références).

En cas d'atteinte à la santé physique, le lien de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des atteintes sans preuve d'un déficit organique. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants, sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ;
- la gravité ou la nature particulière des lésions ;
- 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 (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2, 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b).

L'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques (ATF 117 V 369 consid. 4c ; TFA U 7/2006 du 29 septembre 2006, consid. 5.1 et les références).

**b) aa)** Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification du second accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il importe non pas de s'attacher à la manière dont l'assurée a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/2004 du 15 mars 2005, consid. 2.2.3).

Selon la déclaration d'accident et les pièces au dossier, la recourante s'est fait heurtée par l'arrière le 4 mars 2008 alors qu'elle démarrait. Il ne ressort pas du dossier qu'à la suite du choc le véhicule de la recourante ait percuté d'autres véhicules. Les dégâts matériels causés au véhicule de cette dernière ont uniquement donné lieu à une réparation d'un montant total d'environ trois mille francs (cf. la facture de réparation du 26 mai 2008 ainsi que le rapport d'expertise du 19 mai 2008 établis par la Carrosserie C.\_\_\_\_\_). En outre, la recourante n'a pas subi de lésions graves puisque qu'elle n'a consulté son médecin traitant que le lendemain de l'accident et a finalement pu reprendre son travail en plein le 31 mars 2008. De plus, il n'y a aucune mention au dossier de la venue sur les lieux de la police voire d'une ambulance, la recourante - comme le conducteur

fautif d'ailleurs - ayant pu poursuivre sa route malgré les dégâts causés à l'arrière de sa voiture.

Selon la jurisprudence constante (TFA U 380/2004 du 15 mars 2005, in RAMA 2005 no U 549 p. 236, consid. 5.1.2 ; TF 8C\_633/2007 du 7 mai 2008, consid. 6.2 in fine et 8C\_135/2011 du 21 septembre 2011, consid. 6.1.1) une collision ordinaire avec un véhicule à l'arrêt est considérée en règle générale comme un accident de gravité moyenne, voire à la limite du cas bénin. Cette jurisprudence s'applique par analogie au cas d'espèce étant entendu qu'au moment du choc le véhicule de la recourante se trouvait juste au début de sa phase de démarrage au feu. Vu les circonstances du cas d'espèce, il convient de considérer l'accident comme étant de gravité moyenne plutôt à la limite des accidents de peu de gravité.

En présence d'un accident de gravité moyenne à la limite d'un accident de peu de gravité, il faut soit que les critères se cumulent, ou qu'ils revêtent une intensité particulière (ATF 117 V 369 consid. 4c).

**bb)** En l'espèce, aucun des critères posés par la jurisprudence n'est rempli, de sorte qu'il n'est pas possible de retenir un lien de causalité adéquate. Comme on vient de le voir ci-avant, l'accident n'a pas revêtu un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. Les participants à l'accident n'ont pas subi de lésions graves, les lésions physiques de la recourante se limitant à une distorsion traumatique de la région cervico-dorsale avec séquelles douloureuses et cognitives fonctionnelles sans lésions organiques persistantes. Le traitement médical de la recourante n'a pas été pénible. Il s'est essentiellement agi du suivi de physiothérapie et de Trigger Points Therapy. Les symptômes rapportés par la Dresse D.\_\_\_\_\_ sont l'apparition puis la persistance d'une fatigue, de troubles cognitifs ainsi que d'une fragilité au stress. Le traitement médical n'a présenté aucune difficulté et on ne saurait non plus parler d'erreurs médicales. Il n'y a pas non plus eu de difficultés ou de complications importantes apparues au cours de la guérison. En ce qui concerne l'incapacité de travail, force est de constater que celle-ci n'a été

initialement que de vingt-sept jours, soit du 4 mars au 30 mars 2008 y compris. Selon son médecin traitant, la recourante a effectivement été en mesure de retravailler en plein le 31 mars 2008. Ce n'est que par la suite qu'une nouvelle incapacité de travail partielle à 50% puis à 40% (sur 100%) a été annoncée par la Dresse D.\_\_\_\_\_. Ce même médecin a fait mention de fatigue, de troubles cognitifs ainsi que d'une fragilité au stress, symptômes justifiant selon elle la poursuite du traitement par blocage des Trigger Points. Le lien de causalité adéquate n'est dès lors pas réalisé.

**c)** Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise de la recourante doit dès lors être rejetée. 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 134 I 140 consid. 5.3, 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014).

**7.** Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Le présent arrêt est rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que la recourante, assistée d'un mandataire professionnel pour la défense de ses intérêts, n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 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 15 avril 2013 par K.\_\_\_\_\_ est confirmée.

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

Le président :

Le greffier :

**Du**

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

- Me Olivier Carré (pour V.\_\_\_\_\_),
- K.\_\_\_\_\_,
- Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP),

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).

Le greffier :