

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 4 mars 2014

Présidence de Mme RÖTHENBACHER, juge unique
Greffière : Mme Barman Ionta

Cause pendante entre :

V. _____, à [...], recourante, représentée par CAP, Compagnie d'Assurance
de Protection Juridique SA, à Lausanne

et

K. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. V._____ (ci-après : l'assurée), née en 1979, travaille en qualité d'enseignante pour le compte de [...]. A ce titre, elle est assurée contre le risque accident auprès de K._____, membre du K._____.

Par déclaration d'accident du 27 septembre 2011, l'employeur de l'assurée a annoncé à K._____ un accident survenu le 6 septembre 2011 dans une salle de sport. Il était décrit qu'un professeur d'éducation physique avait voulu porter l'assurée sans l'en informer, l'avait lâchée, et celle-ci était tombée sur la tête. Ressentant de fortes douleurs à la tête, à la nuque et au dos, l'assurée a été transportée au Service des urgences du W._____ (ci-après : W._____) où le diagnostic de contusion cervicale a été posé. Un examen radiologique n'a révélé aucune lésion traumatique sur la colonne cervico-dorsale de C6 à D2 ni hématome dans les parties molles. Dans un rapport médical initial, le Dr C._____, médecin-assistant au service des urgences, a fait état d'une chute de l'assurée depuis sa hauteur avec réception sur la colonne cervicale, ayant entraîné des douleurs cervicales. Le traitement consistait en la prise de dafalgan, d'anti-inflammatoires et des séances de physiothérapie. Une incapacité de travail totale était attestée depuis le jour de l'accident.

Le 14 septembre 2011, en raison de céphalées persistantes, l'assurée a consulté, en remplacement de son médecin traitant habituel, le Dr I._____, spécialiste en médecine interne générale. Dans son rapport établi le jour même, le Dr I._____ mentionnait des maux de tête, de la nuque, et l'absence de vomissement, de nausée, de trouble de la vue ou de l'ouïe et d'amnésie circonstancielle. Il retenait un status neurologique sans déficit et posait le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral. Il préconisait du repos et la prise de dafalgan, et maintenait l'assurée en incapacité de travail totale pour une durée indéterminée.

Les céphalées ne s'estompant pas, l'assurée a consulté son médecin traitant, le Dr J._____, spécialiste en médecine interne

générale, le 21 septembre 2011. Dans un rapport du 18 octobre 2011 à l'intention de K._____, le Dr J._____ a posé le diagnostic de contusion cérébrale à la suite d'une chute sur la tête sans perte de connaissance. L'incapacité de travail s'était poursuivie jusqu'au 25 septembre 2011 à 100%, puis à 50% jusqu'au 9 octobre 2011. L'assurée avait repris son activité professionnelle à temps plein dès le 10 octobre suivant. Le Dr J._____ mentionnait la fin du traitement au 18 octobre 2011.

En parallèle du traitement antalgique, l'assurée a suivi un traitement d'ostéopathie et d'acupuncture, sur conseil de son médecin traitant. Deux ordonnances médicales, datées du 23 mars 2012, ont été établies à cet égard pour quinze séances d'ostéopathie, respectivement quinze séances d'acupuncture.

En réponse à une demande de renseignements médicaux adressée le 20 mars 2012 par K._____, le Dr J._____ a indiqué, par retour de courrier reçu le 30 mars suivant par l'assureur-accidents, ne plus avoir vu la patiente en consultation depuis le 26 septembre 2011.

Par lettre du 19 avril 2012, K._____ a informé l'assurée qu'elle prenait en charge le traitement d'acupuncture ainsi que les six séances d'ostéopathie effectuées du 8 septembre au 13 décembre 2011, ceci à bien plaisir et sans reconnaissance d'obligation. Elle attirait l'attention de l'assurée sur le fait que son intervention se limitait à neuf séances maximum dans le cas présent.

Le 22 mai 2012, l'assurée a fait savoir à K._____ que le traitement d'ostéopathie était prescrit par son médecin traitant et dispensé par du personnel paramédical, de sorte qu'il devait être pris en charge conformément à l'art. 10 LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents). Elle transmettait en outre une nouvelle ordonnance médicale du Dr J._____ datée du 14 mai 2012, relative à la poursuite du traitement d'acupuncture et à une consultation auprès d'un ophtalmologue.

Par courrier du 25 juin 2012, K._____ a rappelé à l'assurée que l'ostéopathie n'était pas une thérapie scientifiquement reconnue à la charge de l'assurance sociale de base mais une thérapie prise en charge par les assurances complémentaires. Dans un souci de pragmatisme, elle se disait toutefois disposée à intervenir à bien plaisir de façon limitée si le traitement était prescrit par un médecin, avec une participation de 50 fr. par séance.

Le 16 juillet 2012, le Dr G._____, spécialiste en ophtalmologie, a fait parvenir un rapport à K._____. Les diagnostics posés étaient un astigmatisme myopique de l'œil gauche, strabisme de l'œil gauche, amblyopie irréductible, une myopie de l'œil droit et un décollement postérieur du vitré de l'œil droit « (traumatique ?) ». Il précisait que le décollement du vitré apparaissait spontanément chez tout le monde, plus rapidement chez le myope, et que cette apparition quinze jours après une chute sur la tête faisait fortement suspecter une relation directe avec le traumatisme. L'assurée n'avait été contrôlée qu'une seule fois, le 22 septembre 2011, et présentait un status normal. Elle n'avait pas reçu de traitement et aucun contrôle n'avait été prévu, hormis un contrôle de routine à 40 ans.

Le 17 juillet 2012, l'assurée a avisé K._____ qu'elle était en train de suivre trois séances d'ostéopathie supplémentaires - après les six séances déjà suivies - dans la mesure où elle ressentait toujours de fortes et vives douleurs à la tête, précisant qu'une nouvelle consultation chez son médecin aurait lieu à l'issue de ces trois séances afin d'examiner si le traitement devait être poursuivi.

Par courrier du 25 juillet 2012, K._____ a informé l'assurée qu'elle prenait en charge la consultation ophtalmique du 22 septembre 2011, précisant que le traitement ophtalmique faisant suite à l'accident du 6 septembre 2011 pouvait être considéré comme terminé à cette date. Par ailleurs, elle constatait que la nouvelle ordonnance du Dr J._____ était datée du 23 mars 2012 alors qu'en réponse à la demande de renseignements médicaux du 20 mars 2012, ce médecin avait précisé ne

plus l'avoir revue depuis le 26 septembre 2011. Finalement, dans la mesure où l'assurée n'avait plus suivi de traitement médical depuis le 7 décembre 2011, K._____ lui signifiait qu'elle mettait un terme provisoire à son dossier.

Par courrier du 29 août 2012, l'assurée a fait part à K._____ d'une consultation auprès de son médecin traitant le 21 août 2012 et de la prescription par ce dernier, eu égard à la persistance des maux de tête, de la poursuite du traitement ostéopathique.

Interpellé par K._____, le Dr J._____ a répondu à une demande de renseignements médicaux le 14 février 2013. Il posait les diagnostics de cervicalgies et céphalées après traumatisme crânio-cérébral en 2011, précisant qu'elles évoluaient favorablement sous ostéopathie. Le traitement d'ostéopathie, avec séances toutes les quatre à six semaines, était encore prévu pour une durée de six mois.

Le 5 mars 2013, le Dr F._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin-conseil de K._____, s'est prononcé sur la situation de l'assurée après avoir examiné le dossier médical. Il relevait l'absence de nouveaux troubles diagnostiqués, considérait que le traitement actuel n'était plus en relation de causalité avec l'événement du 6 septembre 2011 et réfutait la rechute.

Par décision du 14 mars 2013, déclarant se fonder sur les conclusions de son médecin-conseil, K._____ a refusé la prise en charge des troubles traités dès juillet 2012, considérant qu'ils n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 6 septembre 2011.

L'assurée s'est opposée à la décision précitée. Elle exposait que les séances d'ostéopathie suivies dès juillet 2012 ne constituaient en aucun cas un nouveau traitement successif à une rechute mais correspondaient à la poursuite du traitement médical dont elle bénéficiait depuis le mois de septembre 2011 et qui avait fait l'objet d'une seule et

même prescription médicale par son médecin traitant. Se référant aux réponses apportées par le Dr J. _____ le 14 février 2013, elle alléguait que les cervicalgies et céphalées importantes dont elle souffrait encore aujourd'hui avaient pour seule origine le traumatisme crano-cérébral subi en 2011, que son médecin traitant excluait, dans l'évolution du cas, toute autre circonstance sans lien avec l'accident, et que ce dernier avait confirmé la nécessité de la poursuite du traitement d'ostéopathie pendant environ six mois. Finalement, elle reprochait à K. _____ de préférer l'avis du médecin-conseil à celui du médecin traitant sans produire d'autre explication ou argumentation médicale.

A la demande de K. _____, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, s'est prononcé sur le dossier médical de l'assurée le 6 août 2013, faisant valoir notamment ce qui suit:

« L'assurée, née en 1979, enseignante, est tombée sur la tête lors d'un exercice le 06.09.2011.

Elle a été examinée le jour même au W. _____ et le diagnostic de contusion cervicale a été posé.

Le bilan par imagerie, sous forme d'un CT-scan de la colonne cervico-dorsale, n'a pas mis en évidence de lésion traumatique du rachis ni des parties molles.

Le Dr C. _____ a retenu le diagnostic de contusion cervicale.

Le Dr I. _____ et le Dr J. _____ ont retenu les diagnostics de contusion cérébrale et de TCC.

Les médecins qui l'ont examinée n'ont pas décrit de trouble neurologique et n'ont pas retenu la notion de perte de connaissance ni celle d'amnésie.

Elle a également consulté le Dr G. _____ qui a décrit un status ophtalmologique normal et il n'a pas proposé de traitement ni de contrôle spécifique.

Un traitement conservateur par médication antalgique et anti-inflammatoires, physiothérapie et traitement d'ostéopathie a été prescrit.

En conclusion, l'imagerie réalisée n'a pas révélé de lésion traumatique du rachis ni des parties molles imputable à la chute et les divers médecins qui l'ont examinée n'ont pas décrit de trouble neurologique, de notion de perte de connaissance ni d'amnésie.

En l'absence de lésion structurelle démontrée à l'imagerie et en l'absence de trouble neurologique démontré à l'examen clinique, on doit considérer que l'événement du 06.09.2011 a largement cessé de déployer ses effets en juillet 2012, c'est-à-dire 10 mois après.

La relation de causalité, entre la chute du 06.09.2011 et les troubles annoncés dès juillet 2012, nécessitant la poursuite d'un traitement d'ostéopathie, ne peut être retenue au degré de la vraisemblance prépondérante. »

K. _____ a écarté l'opposition par décision du 13 août 2013. Après avoir rappelé les conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge par l'assurance-accidents des cas de rechutes ou de séquelles tardives, elle a retenu que les troubles consécutifs à l'accident de septembre 2011 avaient nécessité la prise en charge d'antalgiques, de huit séances d'acupuncture et six séances d'ostéopathie, que le traitement s'était terminé le 13 décembre 2011 et que l'assurée n'avait consulté à nouveau son médecin traitant que le 21 août 2012. Elle soutenait ainsi qu'au vu du laps de temps écoulé, la nouvelle période de plaintes devait être examinée sous l'angle d'une éventuelle rechute ou séquelle tardive. Eu égard à l'appréciation du Dr D. _____, elle considérait que l'accident, consistant en une contusion cervicale sans lésion structurelle ni trouble neurologique, avait cessé de déployer ses effets dans un délai de 10 mois, de sorte que la causalité naturelle entre l'accident de septembre 2011 et les troubles présentés en juillet 2012 devait être niée.

B. V. _____ a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, par acte du 17 septembre 2013. Elle conclut principalement à sa réforme en ce sens que les frais de traitement d'ostéopathie des 12 juillet, 19 septembre et 11 octobre 2012, ainsi que les frais de traitements postérieurs prescrits par le médecin traitant sont pris en charge par l'intimée, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction complémentaire. Elle fait grief à l'intimée d'avoir examiné le cas sous l'angle de la rechute, exposant que les séances d'ostéopathie suivies en automne 2012 s'inscrivaient dans le cadre d'une seule et même prescription médicale à la suite de l'accident de septembre 2011. Elle conteste que l'absence de consultation entre décembre 2011 et

juillet 2012 puisse justifier que le traitement ait pris fin en 2011, exposant qu'en l'absence de lésion traumatique expliquant l'existence des douleurs, une consultation chez son médecin traitant ne lui était d'aucun ressort et, qu'en l'absence de garantie de prise en charge de ses précédentes factures, elle hésitait à engager des frais médicaux supplémentaires. Elle reproche à l'intimée de fonder sa décision sur le seul avis de son médecin-conseil, lequel ne l'a jamais examinée, et de passer outre les avis du Dr J._____ et d'R._____, ostéopathe, lesquelles soutiennent l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés et l'événement assuré. En outre, elle se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, au motif que le rapport médical du Dr D._____ ne lui est parvenu qu'en annexe de la décision sur opposition, ainsi que d'une instruction insuffisante par l'intimée, eu égard à l'absence de rapport médical revêtant une valeur probante suffisante. Cela étant, elle produit un « questionnaire médical » complété par son ostéopathe. Le 18 octobre 2013, elle produit ce même questionnaire, complété par son médecin traitant.

Dans sa réponse du 21 octobre 2013, K._____ conclut au rejet du recours et au maintien de la décision sur opposition attaquée. Elle se réfère à l'argumentation développée dans la décision entreprise et réaffirme que l'absence de plaintes pendant sept mois justifiait de considérer les troubles traités dès juillet 2012 comme une rechute. Elle relève que si ces troubles sont toutefois reconnus par la Cour de céans comme la suite des troubles initiaux, ils ne sauraient être à la charge de l'assureur-accidents dans la mesure où il est dûment établi que la relation de causalité naturelle avait cessé d'exister au moment de la reprise du traitement en juillet 2012. A cet égard, elle soutient qu'il n'existe aucun élément permettant de mettre en doute les conclusions du Dr D._____, contrairement à celles d'R._____, lequel n'est au demeurant pas médecin, et dont l'analyse se fonde uniquement sur le principe « *post hoc ergo propter hoc* ». Elle souligne finalement que les ordonnances du Dr J._____ sont post-datées (23 mars 2012) par rapport au début du traitement en 2011, de sorte qu'il s'agit d'ordonnances de complaisance.

Le 31 octobre 2013, se prononçant sur le questionnaire médical du Dr J._____, l'intimée relève que ce médecin se réfère également au principe « *post hoc ergo propter hoc* ». Elle mentionne par ailleurs que conformément à la jurisprudence, la causalité adéquate entre les troubles présentés et l'accident fait défaut dès lors que la recourante n'a présenté que des céphalées et cervicalgies légères ne nécessitant que des traitements ostéopathiques et à des intervalles très espacés.

Dans sa réplique du 13 décembre 2013, la recourante persiste dans ses conclusions et requiert la mise en œuvre d'une expertise médicale ainsi que l'audition d'un témoin de l'accident. Elle soutient que le rapport du Dr D._____, sur lequel se fonde l'intimée, ne satisfait pas aux exigences jurisprudentielles en matière de valeur probante des rapports médicaux.

Dans sa duplique du 14 janvier 2014, l'intimée rappelle ne pas se fonder sur le rapport du Dr D._____ s'agissant de la causalité adéquate mais sur la jurisprudence fédérale. Elle rejette par ailleurs les nouvelles réquisitions de la recourante.

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 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). Un tel recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA).

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).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr. (pas d'incapacité de travail - frais de traitement uniquement), la présente cause ressortit à un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises 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 (ATF 131 V 164 ; 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, le litige consiste à déterminer si les cervicalgies et céphalées pour lesquelles V._____ a été en traitement dès juillet 2012 sont ou non à la charge de l'assurance-accidents obligatoire. L'intimée refuse les prestations d'assurance dès juillet 2012, niant tout rapport de causalité - naturelle et adéquate - entre l'accident du 6 septembre 2011 et les troubles ayant entraîné la reprise du traitement d'ostéopathie. *A contrario*, la recourante soutient que ces troubles relèvent des suites de l'événement assuré.

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.

a) aa) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

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_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). 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 [SBVR], vol. XIV, 2^e éd., n° 79 p. 865).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'assureur 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3).

Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié

lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références citées)

bb) 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 qui présente de multiples plaintes, pour autant 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 ; TF 8C_124/2007 du 20 mai 2008, consid. 2.2 et les références).

Ainsi, la première question à résoudre est celle de savoir si les caractéristiques d'un traumatisme de type « coup du lapin » ont été diagnostiquées dans un cas d'espèce. Le tableau clinique caractéristique retenu par la jurisprudence à ce propos fait état des plaintes suivantes : maux de tête diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et plaintes multiples. Par ailleurs, des douleurs cervicales doivent nécessairement se manifester dans un délai de 72 heures après l'événement accidentel pour que l'on puisse admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle avec ce dernier (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010, consid. 6.1 et les références). Enfin, le mécanisme accidentel doit être propre à provoquer de tels troubles (cf. ATF 117 V 359 consid. 4b ; Jean-Michel Duc, La jurisprudence des assurances sociales concernant les traumatismes cervicaux, RSAS 2008 p. 58).

b) aa) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était

propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées).

En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, car l'assureur répond dans ce cas aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; TF 8C_694/2007 du 3 juillet 2008, consid. 4.1). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; TF 8C_339/2007 du 6 mai 2008, consid. 2.1).

bb) Dans l'ATF 134 V 109, le Tribunal fédéral a précisé sur plusieurs points sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type « coup du lapin » ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable. Selon cet arrêt, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles (consid. 7 à 9 de l'arrêt cité). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité (accidents insignifiants ou de peu de gravité, tels qu'une banale chute, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves) et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de

causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa).

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de

porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en doute leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

Par ailleurs, la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (TFA U 492/00 du 31 juillet 2011, consid. 3d ; cf. également TF 9C_794/2008 du 21 août 2009, consid. 2.3).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge tiendra compte du fait que, selon l'expérience, le

médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à se prononcer en faveur de son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

5. En l'occurrence, se fondant sur le rapport médical du Dr D._____, K._____ a nié l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 6 septembre 2011 et les troubles persistant dès juillet 2012. Dans le cadre de la procédure ouverte céans, elle a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate, se référant à la jurisprudence applicable en cas de traumatismes crâniens et cervicaux ; elle a considéré que les critères posés par l'ATF 134 V 109 n'étaient pas réalisés dans la mesure où la recourante présentait précisément des céphalées et cervicalgies légères, eu égard au seul traitement ostéopatique dispensé à des intervalles très espacés.

V._____ conteste le point de vue de l'intimée, faisant valoir que son médecin traitant et son ostéopathe soutiennent tous deux l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 septembre 2011 et les troubles persistants.

a) La recourante a présenté des cervicalgies et céphalées après traumatisme crânio-cérébral le 6 septembre 2011. Aucun des médecins consultés ni aucun des examens pratiqués n'a mis en évidence de lésion traumatique du rachis à la suite de l'accident. En effet, l'examen radiologique pratiqué le jour de l'accident au service des urgences du W._____ n'a révélé aucune lésion sur la colonne cervico-dorsale ni hématome dans les parties molles imputables à l'accident. Les examens cliniques subséquents ont démontré l'absence de trouble neurologique. La recourante a du reste elle-même relevé, dans son acte de recours, l'absence de lésion objectivable (« Dans la mesure où, les examens médicaux l'ayant démontré, aucune lésion traumatique n'expliquait l'existence ou la persistance de ses douleurs [...] »). Il s'ensuit qu'aucun déficit structurel organique ne permet de justifier les plaintes alléguées par la recourante. Ainsi, en l'absence de toute lésion objectivable entraînée par l'accident subi le 6 septembre 2011, il y a lieu d'examiner la

situation litigieuse à la lumière des principes développés par la jurisprudence en matière de traumatismes crânio-cérébraux (ATF 117 V 359, précisé par l'ATF 134 V 109).

La question de savoir si les cervicalgies et céphalées persistantes alléguées par la recourante sont en lien de causalité naturelle avec l'accident peut dès lors demeurer indéterminée, l'existence d'un lien de causalité adéquate devant de toute manière être niée, pour les motifs exposés ci-dessous.

b) En premier lieu, la recourante est tombée sur la tête, lâchée par un professeur d'éducation physique lors d'un cours de gymnastique. Le Dr C. _____ du service des urgences du W. _____ a fait état d'une chute de l'assurée de sa hauteur avec réception sur la colonne cervicale. Les Drs J. _____ et I. _____ ont relevé l'absence de perte de connaissance et d'amnésie circonstancielle. Partant, il convient de qualifier l'accident dont a été victime la recourante le 6 septembre 2011 comme étant de gravité moyenne, à la limite de ceux de peu de gravité (cf. notamment TFA U 144/2005 du 27 décembre 2005, qui qualifie d'accident de gravité moyenne une chute de 4,5 mètres ; voir également TF 8C_878/2012 du 4 septembre 2013). Il découle de cette qualification que les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c ; 403 consid. 5c).

La condition des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est en l'occurrence pas remplie, eu égard au descriptif rapporté par la recourante. L'accident n'a pas entraîné de lésions physiques particulières, si ce n'est une contusion cervicale. Rappelons que l'examen radiologique de la colonne cervico-dorsale réalisé le jour de l'accident a permis de conclure à l'absence de lésion post-traumatique (cf. consid. 5a *infra*). Le traitement médical n'a pas donné lieu à une hospitalisation et a consisté pour l'essentiel en une médication antalgique, anti-inflammatoire et en des séances d'ostéopathie et d'acupuncture. Il

ne ressort par ailleurs pas du dossier que la recourante ait subi des erreurs de traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident.

S'agissant du critère de l'intensité des douleurs, si la plausibilité des douleurs ressenties par la recourante n'est pas contestée, il faut relever que cette dernière n'a plus consulté son médecin traitant entre le 26 septembre 2011 et le 21 août 2012, et n'a plus suivi de séance d'ostéopathie entre le 13 décembre 2012 et le 12 juillet 2012. Les douleurs n'ont par ailleurs pas empêché la recourante de reprendre son activité professionnelle à 50% dès le 26 septembre 2011, et à 100% dès le 10 octobre suivant. Si tant est que le critère de l'intensité des douleurs soit réalisé, il ne l'est pas de manière particulièrement prononcée. Le critère de l'importance de l'incapacité de travail n'est également pas rempli de manière particulièrement prononcée, étant relevé qu'il n'est fait état d'aucune incapacité de travail au-delà du 10 octobre 2011.

En conclusion, il appert que tout au plus deux critères sont remplis, sans qu'ils ne le soient de manière particulièrement intense. Or, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 ; Frésard/Moser-Szeless, *op. cit.*, ch. 39 et les références). Le Tribunal fédéral a jugé que trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisaient pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C_321/2010 du 29 juin 2010 ; 8C_897/2009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 et 8C_421/2009 du 2 octobre 2009, consid. 5.8, et les références). Dès lors qu'ici seul deux critères sont remplis, et ce sans intensité particulière, il y a lieu de considérer qu'il n'y a pas de rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les atteintes à la santé de la recourante ayant nécessité le traitement ostéopatique à compter du 12 juillet 2012.

c) Partant, c'est à juste titre que l'intimée a refusé le droit aux prestations dès juillet 2012. Les griefs invoqués par la recourante ne

permettent pas d'aboutir à une autre appréciation. Il est ainsi inutile de déterminer s'il convient de se rallier à l'appréciation du Dr D. _____ et à ses considérations sur l'absence de lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 septembre 2011 et les troubles annoncés dès juillet 2012. De même, il n'y a pas lieu d'examiner le bien-fondé des allégations de la recourante, corrélativement de son médecin traitant et son ostéopathe, sur la nature et la durée des cervicalgies et céphalées à la suite d'un traumatisme crânio-cérébrale. En effet, ces cervicalgies et céphalées ne sont pas contestées. Cependant, en l'absence de tout substrat organique ou lésion imputable à l'accident et de la majorité des critères jurisprudentiels fondant un lien de causalité adéquat entre la chute du 6 septembre 2011 et les atteintes de la recourante dès juillet 2012, les troubles de cette dernière ne peuvent être pris en charge par l'intimée. En effet, dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation du droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2). Il convient encore de préciser que le seul fait que des symptômes douloureux ou des atteintes se sont manifestés après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident mais revient à raisonner selon le principe « *post hoc ergo propter hoc* » (cf. consid. 3a/aa *supra*).

6. La recourante reproche à l'intimée de ne lui avoir transmis le rapport du Dr D. _____ qu'en annexe de la décision sur opposition, arguant de ce fait une violation de son droit d'être entendu.

a) La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. et qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) (ATF 129 II 504 consid. 2.2 ; 127 I 56 consid. 2b ; 127 III 578 consid. 2c ; 126 V 130 consid. 2a), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la

décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 16 consid. 2a/aa ; 124 V 181 consid. 1a, 375 consid. 3b et les références).

Le droit d'être entendu est une garantie constitutionnelle de caractère formel, dont la violation doit entraîner l'annulation de la décision attaquée, indépendamment des chances de succès du recourant sur le fond (ATF 127 V 437 consid. 3b/aa ; 126 V 132 consid. 2b et les arrêts cités).

Selon la jurisprudence, la violation du droit d'être entendu – pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière – est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 437 consid. 3b/aa ; 126 I 72 ; 126 V 132 consid. 2b et les références).

b) En l'occurrence, dans le cadre de son recours par devant la Cour de céans, laquelle possède plein pouvoir de cognition, la recourante a eu la possibilité de prendre connaissance du dossier constitué par l'intimée et faire valoir ses arguments, notamment à l'encontre du rapport médical du Dr D. _____ du 6 août 2013. Il convient par conséquent de considérer qu'une éventuelle violation de son droit d'être entendu a été réparée, raison pour laquelle la décision litigieuse ne saurait être annulée pour ce motif.

7. a) Si l'assureur ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGa), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (« appréciation anticipée des preuves » ; ATF 122 II 459 consid. 4a ; 122 III 219 consid.

3c). Une telle manière de procéder ne viole pas, en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c).

b) En l'occurrence, l'instruction du dossier apparaissant suffisante, la requête de la recourante tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale ainsi qu'à l'audition d'un témoin de l'accident doit être rejetée, les éléments au dossier étant clairs, dénués de contradiction et permettant à la Cour de céans de statuer.

8. En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaires requises par la recourante.

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 13 août 2013 par K._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens.

La juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- CAP, Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour V._____)
- K._____
- 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 :