

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 17 octobre 2016

Composition : Mme BERBERAT, présidente
Mme Röthenbacher, juge et M. Bidiville, juge assesseur
Greffière : Mme Rochat

Cause pendante entre :

Q._____, à [...], recourante,

et

J._____, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 LAA ; art. 11 OLAA

A. **a)** Q._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], était au bénéfice de prestations de l'assurance-chômage à compter du 12 novembre 2012, après avoir travaillé en qualité d'ouvrière de fabrique. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Par déclaration électronique de sinistre LAA du 9 juillet 2014, l'assurée a indiqué qu'elle avait été victime d'un accident non professionnel le 2 juillet 2014 au niveau du bras et de la jambe gauches, décrivant en ces termes le déroulement de l'accident « a glissé au sol, car il a plu ». La CNA a pris en charge le cas et a versé les prestations légales.

Lors d'un entretien téléphonique du 26 septembre 2014 avec la CNA, l'assurée a précisé qu'elle faisait de la physiothérapie une fois par semaine et qu'elle était encore en arrêt de travail. Sa prochaine consultation auprès du Dr T._____, médecin généraliste, était agendée au 30 septembre 2014 et l'évolution était favorable.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 10 octobre 2014 à la CNA, le Dr B._____, spécialiste en rhumatologie, a posé le diagnostic de cervico-lombalgies chroniques dans un contexte de fibromyalgie. Il a estimé qu'il y avait une amélioration par physiothérapie et balnéothérapie, mais que le pronostic était difficile à déterminer. Les consultations avaient lieu tous les 2 à 3 mois. Il ne s'est pas prononcé quant à la capacité de travail de l'intéressée, précisant à ce propos que cette dernière ne travaillait pas.

Par certificat médical du 22 octobre 2014, le Dr T._____ a attesté une totale incapacité de travail à compter du 30 septembre jusqu'au 31 octobre 2014, tout en précisant que la reprise à 100% était fixée au 27 octobre 2014.

Il ressort d'un entretien téléphonique du 7 novembre 2014 entre un inspecteur de la CNA et l'assurée notamment les éléments suivants :

« (...). Elle m'informe alors qu'elle veut bien me recevoir mais qu'elle n'en voit vraiment pas l'utilité. Conformément à ce qui a été prévu le 22.10.2014 avec son médecin, elle a bouclé son cas chez celui-ci à cette date et elle s'est réannoncée auprès du chômage à partir du 27.10.2014. Les données figurant sur la feuille-accident en notre possession sont donc absolument correcte[s].

Elle me confirme donc qu'elle a très bien récupéré des suites de sa chute du 2.7.2014 et ceci aussi bien au niveau de son bras et de sa jambe gauche que de son coccyx. Elle a même annulé la dernière des 6 séances de physio prescrites.

Elle me précise également que, rapidement après sa chute, aussi bien son bras que sa jambe gauche[s] sont devenus presque tout noir[s] à cause de l'importance du choc. Ce jour-là elle a glissé dans la rue en se rendant chez son conseiller ORP.

Pour ce qui est de son état de santé en général, elle réfute le diagnostic de fibromyalgie en notre possession. Elle souffre certes d'un problème de manque de fer et de douleurs lombaires et cervicales occasionnellement mais pas au point d'être suivi[e] en permanence pour cela.

Elle ne suivait d'ailleurs aucun traitement médical au moment des faits ».

La CNA a clôturé le cas avec effet au 27 octobre 2014.

b) Il ressort d'une notice du 28 mai 2015 établie par la CNA que l'assurée est passée à l'agence en indiquant que depuis le mois de janvier 2015, elle avait de nouveau des douleurs suite à sa chute du 2 juillet 2014. Les douleurs partaient du pied gauche et montaient jusqu'à la tête en passant par le fessier (qui était lui aussi douloureux), précisant qu'elle avait également des fourmis à la main gauche. Elle a consulté le Dr G._____, spécialiste en médecine générale, qui a attesté une totale incapacité de travail du 24 avril au 8 mai 2015. Elle a remis à cet effet un certificat médical ajoutant que son médecin lui avait expliqué que le nerf et le muscle étaient enflammés.

Dans un rapport médical initial LAA Rechute du 9 juin 2015, le Dr G._____ a posé le diagnostic de lombosciatalgies gauches déjà présentes selon dossier suite à la chute du 2 juillet 2014. Il a précisé que les radiographies des lombaires et du bassin n'avaient pas mis en évidence de lésion traumatique visualisée. Il a attesté une totale

incapacité de travail du 24 avril au 19 juin 2015, ajoutant que le traitement serait probablement terminé dans deux semaines.

Invité à se déterminer par rapport aux éléments précités, le Dr V. _____, médecin d'arrondissement à la CNA, a conclu qu'un statu quo ante pouvait être reconnu au plus tard trois mois après l'événement du 2 juillet 2014.

Le 19 juin 2015, le Dr G. _____ a attesté un arrêt de travail à 100% du 19 juin au 3 juillet 2015.

Par courrier du 29 juin 2015, la CNA a informé l'assurée que faute de lien de causalité avéré ou même probable, elle ne pouvait lui allouer des prestations d'assurance et lui recommandait d'annoncer le cas à son assurance-maladie.

Le 3 juillet 2015, le Dr G. _____ a attesté un arrêt de travail à 100% du 3 au 17 juillet 2015.

Le 7 juillet 2015, l'assurée a fait part à la CNA de son désaccord par rapport aux conclusions de son courrier du 29 juin 2015. Elle a signalé des douleurs au dos, au coccyx, au bassin, ainsi qu'à la main gauche dans les suites de sa chute du 2 juillet 2014. Elle a ajouté qu'elle ne pouvait rester assise plus d'une heure. Elle a fait état de lésions au bras droit.

Le 17 et 23 juillet 2015, le Dr G. _____ a attesté un arrêt de travail à 100% du 17 juillet au 24 août 2015.

Par appréciation médicale du 22 juillet 2015, le Dr V. _____ a exposé ce qui suit :

« Appréciation

La patiente est victime d'une chute sur une surface mouillée le 02.07.2014. Elle est vue initialement par le Dr T. _____ dont nous n'avons pas de renseignements.

Un rapport médical intermédiaire du Dr B._____, rhumatologue, mentionne un contexte de fibromyalgie.

Dans un entretien avec l'assurée du 07.11.2014, celle-ci déclare avoir parfaitement récupéré de l'ensemble des lésions.

Les lombosciatalgies G et la rechute du 24.04.2015 ne sont donc pas en relation avec l'événement du 02.07.2014 puisque celui-ci à cesser [a cessé] de déployer ses effets selon l'entretien avec l'assurée du 07.11.2014.

De plus, l'ensemble des documents radiologiques ne montrent aucune lésion osseuse, ni aucun trouble dégénératif du rachis.

On peut donc confirmer le statu quo ante au plus tard 3 mois après l'événement du 02.07.2014 ».

Le 24 août 2015, le Dr G._____ a attesté un arrêt de travail à 100% du 24 août au 4 septembre 2015.

Par décision du 26 août 2015, la CNA a refusé d'octroyer à l'assurée des prestations d'assurance en l'absence de lien de causalité avéré ou même probable entre l'accident du 2 juillet 2014 et les nouveaux troubles au dos déclarés.

Elle a précisé que l'appréciation médicale était transmise en copie au Dr G._____ auquel il fallait s'adresser en cas de questions à ce sujet.

Le 8 septembre 2015, l'assurée a fait opposition à la décision du 26 août 2015. Elle a allégué être tombée une première fois en 2009 (cas pris en charge par la CNA) et a eu des douleurs sur tout le corps. Cela n'allait pas à 100%, mais elle a caché ses douleurs dans le bras gauche, le dos et le coccyx pour continuer à travailler. Lors de sa chute sur le côté gauche en juillet 2014, son bras est devenu tout noir (hématome), ainsi que le coccyx. Suivie par le Dr T._____ de juillet à octobre 2014, elle a décidé de reprendre le travail en octobre 2014. D'octobre 2014 à février 2015, elle a été réveillée toutes les nuits à cause de la douleur dans le bras gauche (blocage dans le membre). Elle a consulté le Dr G._____ depuis février 2015, lequel a attesté une incapacité de travail dès le 31 janvier 2015. Elle produit en annexe :

- un rapport médical et un rapport d'examen électroneuromyographique du 10 février 2015 du Dr C._____, spécialiste en neurologie, lequel a conclu que

l'examen ne permettait pas de confirmer la présence d'un syndrome du tunnel carpien à droite ou à gauche ;

- un rapport médical initial LAA complété le 3 septembre 2015 par le Dr T._____, lequel a indiqué que l'assurée l'avait consulté le 3 juillet 2014 suite à une glissade à la gare de [...]. Il a posé les diagnostics de « contusions multiples à l'épaule et au MSG, lombaire, sacrum, coccyx et hanche ; dyspepsie ». Vu l'absence d'amélioration, il a adressé l'assurée au Dr B._____, rhumatologue et médecin de la douleur. Il se référait au rapport du Dr B._____ s'agissant de la question de l'incapacité de travail et du traitement ;

- un rapport médical intermédiaire du 31 août 2015 du Dr G._____, lequel a retenu les diagnostics de brachialgies gauches, lombosciatalgies et rachialgies gauches. A la question de savoir s'il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison, le médecin traitant a signalé une chute en 2007 ou 2008, une glissade en juillet 2014 et des troubles somatoformes douloureux. A la question du dommage permanent, le praticien a fait état d'une fibromyalgie. Le Dr G._____ a enfin précisé que l'assurée insistait pour prouver que ses douleurs actuelles faisaient suite à l'accident de juillet 2014 ;

- un certificat médical du 7 septembre 2015 du Dr G._____ attestant un arrêt de travail à 100% du 4 au 18 septembre 2015.

Par décision sur opposition du 29 septembre 2015, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assurée et a confirmé sa décision du 26 août 2015. Elle a notamment considéré ce qui suit :

« 2.

Lors de l'opposition, l'assurée a déclaré que depuis la chute de 2009 elle a toujours eu des douleurs dans le bras gauche, le dos et le coccyx. Il ressort du dossier constitué à l'époque par la Suva (sinistre [...]) que le 27 mars 2009 l'assurée a chuté dans les escaliers. Consulté le même jour, le Dr T._____ a posé le diagnostic de forte contusion cervico-dorso-lombaire et sacro-coccygienne, sans déficit moteur ni sensitif, ni troubles sphinctériens. Le bilan radiologique a été sans particularités. L'assurée a été déclaré[e] apte au travail dès le 26 mai 2009.

3.

En conclusion de son appréciation du 22 juillet 2015, le Dr V._____, médecin d'arrondissement, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a certifié que l'accident de juillet 2014 a cessé de déployer ses effets après trois mois au plus tard. Les lombosciatalgies gauche[s] et la rechute du 24 avril 2015 ne sont pas en relation avec l'événement de juillet 2014. De plus, l'ensemble des documents radiologiques ne montre aucune lésion osseuse ni aucun trouble dégénératif.

4.

Les documents contemporains à l'accident de 2009 ne permettent pas d'admettre qu'à l'époque l'assurée s'est blessée au bras gauche. Par ailleurs, le 10 février 2015 le Dr C._____, neurologue, a indiqué que l'assurée se plaint depuis trois ans d'un sentiment d'engourdissement et d'un blocage de la main droite durant la nuit. Depuis trois mois, la symptomatologie prédomine à gauche. L'ENMG [examen électroneuromyographique] n'a pas permis de confirmer la présence d'un syndrome du tunnel carpien. Le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu.

5.

Le 10 octobre 2014, le Dr B._____, rhumatologue, a diagnostiqué des cervico-lombalgies chroniques dans le cadre d'une fibromyalgie. L'assurée n'admet pas ce diagnostic. Dans le cadre de la présente procédure, la Suva n'entend pas procéder à des mesures d'instruction puisqu'une éventuelle fibromyalgie ne saurait pas engager sa responsabilité. Abstraction faite de la fibromyalgie, les éléments au dossier ne permettent pas d'admettre que les troubles signalés par l'assuré peuvent s'expliquer d'un point de vue organique. Dans de tels cas de figure, selon la jurisprudence, il est admissible de laisser ouverte la question de la causalité naturelle lorsque la causalité adéquate doit être refusée (ATF 135 V 465 cons. 5.1). En l'espèce - puisque l'assurée a été victime d'un accident de peu de gravité - la causalité adéquate - qui doit être examinée en fonction de la jurisprudence de base en matière de troubles psychiques après un accident - doit être refusée d'emblée.

6.

Sur le vu de tout ce qui précède, c'est à bon droit que la Suva [...] a refusé de reprendre le service des prestations d'assurance. L'opposition doit être rejetée. L'assurée est priée de s'adresser à son assureur-maladie. (...) ».

B. Par acte du 29 octobre 2015, Q._____ recourt contre la décision sur opposition du 29 septembre 2015. Elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et sollicite une suspension de la procédure afin de déposer un rapport médical plus complet, son médecin étant « d'un autre

avis ». Elle allègue souffrir encore aujourd'hui des suites de sa chute. Elle annexe à son recours un rapport médical du 24 septembre 2015 de la Dresse S._____, spécialiste en rhumatologie, adressé au Dr G._____, ainsi qu'une prescription d'ostéopathie du 28 octobre 2015 du Dr B._____ en raison d'une subluxation antérieure du coccyx, les autres certificats médicaux déposés étant déjà versés au dossier.

Dans sa réponse du 2 décembre 2015, l'intimée propose le rejet du recours en l'absence d'élément nouveau.

Le 3 décembre 2015, la juge instructeur a imparti un délai au 8 janvier 2016 à la recourante afin de déposer le rapport médical dont elle faisait état dans son recours, une suspension de la procédure n'étant pas justifiée.

Par courrier du 11 décembre 2015, la recourante a sollicité une prolongation de délai pour la production d'un rapport médical. Elle rencontrait en effet des difficultés avec ses médecins qui refusaient de rédiger un rapport sans mandat de la Cour de céans. Elle a dès lors saisi le 11 décembre 2014 la Société vaudoise de médecine et remet à cet effet une copie de son courrier par lequel elle la prie de demander aux Drs T._____ et G._____ de fournir très rapidement un rapport complet sur son état de santé et mettant en exergue le fait que sa rechute de janvier 2015 est en lien direct avec son accident de juillet 2014.

Le 9 février 2016, la recourante sollicite une nouvelle prolongation de délai et précise que depuis le 2 juillet 2014, elle n'est toujours pas soignée des douleurs qu'elle ressent au niveau du coccyx, due à une subluxation antérieure du coccyx conséquence de sa chute.

Dans son écriture du 19 février 2016, l'intimée conclut au rejet du recours.

Compte tenu d'un rendez-vous programmé auprès d'un rhumatologue, plusieurs prolongations de délai en vue du dépôt d'un rapport ont été accordées à la recourante.

Par courrier du 17 juin 2016, la recourante produit un rapport du 1^{er} juin 2016 relatif à une IRM [imagerie par résonance magnétique] sacro-coccygienne concluant à une inflammation de la jonction sacro-coccygienne parlant en faveur d'une instabilité sacro-coccygienne. La recourante précise que neuf séances de physiothérapie lui ont été prescrites. Elle indique être à présent dans l'attente d'une décision de la Cour de céans.

Dans ses déterminations du 8 juillet 2016, l'intimé indique avoir soumis l'écriture de la recourante du 17 juin 2016 à sa Division de médecine des accidents. Par appréciation chirurgicale du 7 juillet 2016, la Dresse M._____, spécialiste en chirurgie, a procédé à la comparaison des radiographies du sacrum et du coccyx réalisées en 2009 et 2015 et a estimé que le rapport d'IRM sacro-coccygienne du 1^{er} juin 2016 n'était pas de nature à remettre en cause la décision de l'intimé et l'appréciation du médecin d'arrondissement du 22 juillet 2015.

Dans son écriture du 17 septembre 2016, la recourante transmet un rapport du 9 septembre 2016 du Dr F._____, spécialiste en anesthésiologie et médecin auprès du [...], ainsi qu'un rapport du 2 septembre 2016 et un courriel du 15 septembre 2016 du DrL._____, spécialiste en médecine physique et en pathologies rhumatismales.

Les documents précités ont été communiqués pour information à l'intimée.

E n d r o i t :

- 1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1)

s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 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), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA).

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui 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 et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]).

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

2. Le présent litige porte sur le droit de la recourante à bénéficier des prestations de l'assurance-accidents, notamment la pris en charge du traitement médical, suite à son annonce de rechute le 28 mai 2015 en raison de douleurs partant du pied gauche jusqu'à la tête en passant par le fessier, ainsi que des fourmis à la main gauche (cf. notice établie par la CNA le 28 mai 2015). Au stade de la procédure, la recourante a essentiellement fait état de douleurs au niveau du coccyx. Dans ce contexte, il conviendra en particulier de déterminer, à l'aune de la vraisemblance prépondérante, si la problématique présentée par la recourante remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle avec

l'accident du 2 juillet 2014, la recourante estimant que tel est le cas, alors que l'intimée considère que dits troubles ne sont pas en relation de causalité avec l'accident précité.

3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; 8C_87/2007 du 1^{er} février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2).

Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1^{er} octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères

médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin.

Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant, le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a).

c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 et 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2).

Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf. cit.).

d) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et réf. cit. ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 ; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2).

Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

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

Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse, si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b).

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

4. De manière générale, l'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et réf. cit. ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc).

En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître une 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 réf. cit. ; TF

8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2 et TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009, consid. 3.3.2).

5. En l'espèce, il ressort du dossier que la recourante a été victime d'un accident le 2 juillet 2014 et qu'elle a consulté initialement le Dr T._____ le 3 juillet 2014, sans autre précision, mis à part la prescription de six séances de physiothérapie. L'intimée a dès lors pris en charge le cas et a versé les prestations légales. Le 26 septembre 2014, la recourante a indiqué à un gestionnaire de la CNA que l'évolution était favorable. Le 10 octobre 2014, le Dr B._____, rhumatologue, a mis en évidence des cervico-lombalgies chroniques dans un contexte fibromyalgique et a prescrit neuf séances de physiothérapie. Toutefois, par certificat médical du 22 octobre 2014, le Dr T._____ a conclu à une capacité de travail entière à compter du 27 octobre 2014, la recourante confirmant d'ailleurs qu'elle avait bien récupéré des suites de sa chute aussi bien au niveau de son bras, de sa jambe gauche que du coccyx tout en refusant d'admettre le diagnostic de fibromyalgie (cf. entretien téléphonique du 7 novembre 2014 entre l'assurée et un inspecteur de la CNA). Dès lors en versant les prestations légales à l'assurée, notamment des indemnités journalières jusqu'au 31 octobre 2014, l'intimée a largement pris en charge le cas.

6. Il convient à ce stade d'examiner si l'intimée était fondée à considérer que les troubles présentés par la recourante n'étaient plus en lien de causalité naturelle avec l'événement assuré au-delà du 31 octobre 2014, autrement dit si le *statu quo ante* était atteint à cette date. En effet, le 28 mai 2015, la recourante a annoncé une rechute signalant avoir consulté le Dr G._____ dès le 24 avril 2015, lequel a attesté une totale incapacité de travail depuis cette date (cf. rapport médical initial LAA Rechute du 9 juin 2015).

a) Selon une jurisprudence constante du Tribunal fédéral, en cas de lombalgies ou de lombo-sciatalgies post-traumatiques, le *statu quo sine* peut être attendu, selon l'état actuel des connaissances scientifiques, après deux ou trois mois, à moins qu'une éventuelle aggravation ne soit

prouvée radiologiquement et qu'elle se distingue d'une progression habituelle selon l'âge. L'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur cliniquement asymptomatique de la colonne vertébrale est, en règle générale, à considérer comme terminée après six à douze mois (TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_396/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2 ; 8C_1009/2009 du 4 mai 2010 consid. 3.1.1).

b) In casu, il n'existe pas d'indice permettant de soupçonner une éventuelle aggravation due à l'événement du 2 juillet 2014. Lors de la rechute annoncée, le Dr G._____ a uniquement retenu au titre des « constatations objectives » des lombo-sciatalgies gauches irradiant dans le membre inférieur gauche évoquant le diagnostic de troubles somatoformes douloureux susceptible d'influencer de manière défavorable le processus de guérison (cf. rapport médical initial LAA Rechute du 9 juin 2015 et rapport médical intermédiaire du 31 août 2015). Les radiographies des lombaires et du bassin réalisées à la demande du Dr G._____ n'ont ainsi pas permis de conclure à la présence de lésions traumatiques, le Dr V._____, pour sa part, confirmant que les documents radiographiques ne montraient aucune lésion osseuse, ni aucun trouble dégénératif. Au niveau des membres supérieurs, le Dr C._____ a indiqué que la recourante se plaignait depuis trois ans d'un sentiment d'engourdissement et d'un blocage de la main droite durant la nuit et que la symptomatologie prédominait à gauche depuis trois mois (cf. courrier du 10 février 2015). Au vu des éléments médicaux à disposition (cf. rapport médical intermédiaire LAA du 10 octobre 2014 du Dr B._____, rapport médical du 10 février 2015 du Dr C._____, rapport médical intermédiaire du 31 août 2015 du Dr G._____), lesdites douleurs apparaissaient plus probablement comme la conséquence de la fibromyalgie dont l'intéressée souffrait déjà antérieurement à l'accident, même si cette dernière n'admet pas ce diagnostic. A cet égard, on relèvera que le Dr G._____ a mentionné que l'intéressée « insiste pour prouver que ses douleurs actuelles font suite à l'accident de 2014 » ajoutant qu'il n'acceptait pas le recours de sa patiente (cf. rapport médical intermédiaire du 31 août 2015, réponses aux questions 4 et 5). Par ailleurs, si la recourante a allégué dans

son courrier du 7 juillet 2015 avoir mentionné aux Drs T. _____ et G. _____ qu'elle souffrait également de douleurs au coccyx, au bassin, à la main gauche, ainsi qu'au bras droit, elle avait cependant déclaré le 7 novembre 2014 qu'elle avait parfaitement récupéré de l'ensemble de ses lésions, annulant même la dernière séance prévue de physiothérapie.

Dans le cadre de la procédure de recours, l'intéressée a essentiellement fait état de douleurs coccygiennes en position assise prolongée et à la marche. La Dresse S. _____ a toutefois qualifié l'examen clinique de rassurant sans argument pour une lésion sous-jacente (courrier du 24 septembre 2015 au Dr G. _____). Le 28 octobre 2015, le Dr B. _____ a certes prescrit une prise en charge auprès d'un ostéopathe en raison d'une subluxation antérieure du coccyx, mais a précisé qu'il s'agissait d'un cas de maladie, écartant implicitement tout lien avec un événement traumatique. Dans son appréciation du 7 juillet 2016, la Dresse M. _____ s'est essentiellement attachée à comparer les radiographies du sacrum et du coccyx réalisées les 9 avril 2009 et 26 octobre 2015. Après avoir étudié les pièces du dossier, elle a conclu à l'absence de fracture ou de subluxation entre les différentes structures osseuses évocatrice d'une instabilité. Une éventuelle perte de stabilité articulaire due à une chute aurait provoqué des troubles, y compris du 7 novembre 2014 à janvier 2015, période durant laquelle l'intéressée était asymptomatique. Selon elle, cette évolution était compatible avec un diagnostic médical de contusion laquelle guérit sans séquelle après quatre à six semaines et n'a entraîné en l'espèce aucune modification structurelle du coccyx. Or, une instabilité consécutive à une chute aurait dû mettre en évidence soit une lésion osseuse, soit une déformation fraîche de la région du coccyx, ce qui n'a pas été le cas en l'occurrence. Selon la Dresse M. _____, la recourante présente une accentuation de sa courbure sacro-coccygienne déjà documentée en 2009 - élément confirmé par le Dr T. _____ (cf. rapport médical initial LAA Rechute du 9 juin 2015, point 4) - qui n'est pas d'origine traumatique, au degré de la vraisemblance prépondérante, mais est « *vraisemblablement de nature constitutionnelle* ». Finalement, il convient de retenir que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale effectuées par

la Dresse M._____ sont claires, les conclusions du rapport sont dûment détaillées, motivées et exemptes de contradictions. En outre, aucun autre élément médical au dossier ne permet de douter de ses conclusions, l'appréciation radiologique de l'IRM sacro-coccygienne du 1^{er} juin 2016 effectuée postérieurement à la décision litigieuse se limitant à émettre une hypothèse soit une inflammation de la jonction sacro-coccygienne « parlant » en faveur d'une instabilité sacro-coccygienne sans anomalie au niveau des articulations sacro-iliaques ou au niveau pelvien. Il en va de même des avis des Drs L._____ et F._____, lesquels n'ont été consultés que pour la prise en charge des douleurs. Ils n'ont ainsi pas pris position quant à un éventuel lien de causalité entre les douleurs coccygiennes et l'événement du 2 juillet 2014, se limitant à se référer sur ce point à l'examen IRM de juin 2016.

c) Force est dès lors de constater qu'il n'existe pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'accident du 2 juillet 2014 et les douleurs ressenties par la recourante au-delà du 31 octobre 2014, ceci dans l'hypothèse la plus favorable à la recourante, les troubles allégués par la suite n'étant plus en relation avec cet événement. L'accident était au surplus de peu de gravité et n'a pas nécessité de traitement particulier, si ce n'est des antalgiques et de la physiothérapie. En outre, en présence d'une atteinte à la santé physique, il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate (*cf. supra* consid. 3c). Il s'ensuit que c'est à juste titre que l'intimée a mis un terme aux prestations d'assurance-accidents au 31 octobre 2014 au motif qu'à cette date, le *statu quo ante* était atteint.

7. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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

- I. Le recours est rejeté.

- II. La décision sur opposition rendue le 29 septembre 2015 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

Du

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

- Q. _____,
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents,
- 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).

La greffière :