

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 14 septembre 2017

---

Composition : Mme PASCHE, juge unique  
Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**X.** \_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter,  
avocat à Lausanne,

et

**M.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée, représentée par Me Christian Grosjean, avocat à  
Genève.

---

**Art. 4 LPGA ; 6 al. 1 LAA.**

## **E n f a i t :**

**A.** X.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], a été engagée par la C.\_\_\_\_\_ dès le 8 septembre 2014 en qualité d'éducatrice de la petite enfance à un taux de l'ordre de 80 %. A ce titre, elle était assurée auprès de M.\_\_\_\_\_ (ci-après : M.\_\_\_\_\_ ou l'intimée) contre les accidents professionnels et non professionnels.

Le 15 janvier 2016, l'assurée a glissé sur une plaque de glace et a percuté le sol en position assise. Le jour-même, elle s'est rendue au service des urgences de l'Hôpital de [...], où la Dresse N.\_\_\_\_\_, médecin, a diagnostiqué une contusion du sacrum. La Dresse N.\_\_\_\_\_ a indiqué que depuis la chute, la patiente présentait de très fortes douleurs au niveau lombaire, au sacrum et au coccyx, irradiant jusque dans les cuisses et accompagnées de nausées et de sensations de vertiges. Les radiologies effectuées n'avaient pas montré de fracture du rachis ou du bassin. Des antalgiques ont été prescrits et aucun contrôle n'a été proposé, sauf si les douleurs persistaient ou en cas d'apparition de troubles sensitivo-moteurs (cf. rapport du 25 avril 2016 de la Dresse N.\_\_\_\_\_).

Dans un rapport du 19 janvier 2016 faisant suite à des radiographies de la colonne lombaire de face et de profil, du bassin de face et de profil sur le sacrum, réalisées à l'Hôpital de [...] le jour de la chute, le Dr L.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a noté comme indication une chute sur le coccyx, des douleurs à la palpation des processus épineux et du sacrum, et la recherche d'une fracture. Il a pour le surplus constaté ce qui suit :

« Colonne lombaire :

En position debout, il n'y a pas de trouble de la statique, pas d'anomalie de forme des différentes pièces vertébrales lombaires. Pas de trait de fracture ou de tassement vertébral. Pas de trait de fracture non plus à hauteur des différentes épineuses et des différentes pièces sacrées et coccygiennes. Les pièces coccygiennes sont bien alignées. Les murs osseux antérieurs et postérieurs sont conservés. Les espaces intersomatiques sont préservés. Pas de fuseau paravertébral. Pas de tuméfaction des parties molles pré- et rétro-sacrées.

Radiographie du bassin :

Il n'y a pas de trait de fracture. Les articulations coxofémorales, sacro-iliaques et symphysaires sont congruentes. Pas de calcification anormale au sein des parties molles. »

Les 20 janvier et 4 février 2016, la Dresse I.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitant de l'intéressée, a prescrit au total dix séances de physiothérapie et a attesté une incapacité totale de travail du 18 janvier au 14 février 2016.

Dans un rapport du 11 février 2016 à la Dresse I.\_\_\_\_\_, laquelle lui avait adressé l'assurée, le Dr V.\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine physique et réadaptation, a posé les diagnostics de sacralgies et dorsolombalgies post-traumatiques (15 janvier 2016), de syndrome dorso-lombo-vertébral et troubles statiques modérés du rachis dorsolombaire, de lombalgies occasionnelles depuis l'adolescence, de probable conflit sous-acromial à l'épaule gauche, ainsi que de douleurs intermittentes de la hanche gauche existant depuis 2005. Le spécialiste a retenu que l'assurée présentait un syndrome dorso-lombo-vertébral modéré avec des douleurs du sacrum à la suite d'une chute sur le siège trois semaines auparavant. Les douleurs étaient donc à mettre sur le compte d'une contusion sacrée et surtout d'une hypertonie de la musculature paravertébrale. L'intéressée consultait également un ostéopathe.

Par certificats médicaux successifs, le Dr V.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 75 % du taux contractuel de 80 % du 15 au 29 février 2016, puis de 62 % du 1<sup>er</sup> mars au 3 avril 2016, puis de 50 % du 4 au 24 avril 2016.

Dans un rapport du 8 avril 2016 à la Dresse I.\_\_\_\_\_, le Dr V.\_\_\_\_\_ a relevé que la patiente avait décrit une amélioration globale de la situation, avec notamment une réduction des douleurs. Il persistait une fluctuation de la symptomatologie d'un jour à l'autre et une accentuation de celle-ci en cas d'augmentation des contraintes, telles qu'une station assise ou une marche plus importantes. Cliniquement, le spécialiste a noté une amélioration dans la mobilité du rachis dorso-lombaire.

La M. \_\_\_\_\_ a pris en charge le cas.

Dans un rapport médical initial du 18 avril 2016 à la M. \_\_\_\_\_, le Dr V. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de dorso-lombo-sacralgies post-traumatiques, ainsi que de probable conflit sous-acromial à l'épaule gauche, tous deux à la suite du traumatisme du 15 janvier 2016. La thérapie consistait en la poursuite des mesures de rééducation et du traitement antalgique, avec une reprise professionnelle progressive. A la question de savoir dans combien de semaines le traitement serait probablement terminé, le spécialiste a répondu « 6-8 semaines ? ».

Dans un rapport du 22 avril 2016 à la M. \_\_\_\_\_, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a indiqué, s'agissant du déroulement de l'accident, une chute sur le coccyx le 15 janvier 2016. Elle a posé les diagnostics de sciatalgies et dorso-lombalgies post-traumatiques.

Par certificats médicaux successifs, le Dr V. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 38 % du taux contractuel de 80 % du 25 avril au 20 juin 2016.

Dans un rapport du 24 mai 2016, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil de la M. \_\_\_\_\_, a exposé que l'atteinte à la santé, soit une contusion du sacrum et du coccyx, était avec un degré de vraisemblance prépondérante au moins une suite partielle de l'accident du 15 janvier 2016. L'incapacité de travail attestée procédait de l'accident, mais une augmentation de la capacité de travail pouvait être escomptée à partir du mois de mai 2016. Il n'y avait pas de retour au statu quo pour le moment. Une reprise devait avoir lieu prochainement à 100 % du 80 % contractuel. Si tel n'était pas le cas, il conviendrait d'interpeller le médecin traitant.

Le 7 juin 2016, à la demande de la M. \_\_\_\_\_ d'expliquer les raisons pour lesquelles il avait prolongé l'incapacité de travail de 50 %

[recte : 38 %] jusqu'au 20 juin 2016, le Dr V.\_\_\_\_\_ a expliqué que bien que l'évolution soit progressivement favorable, il persistait un syndrome dorso-lombo-vertébral modéré, limitant modérément la mobilité du rachis et surtout l'endurance, ainsi que les capacités du tronc. L'hypertonie musculaire liée à ce syndrome occasionnait des douleurs, qui augmentaient avec le maintien des positions assise/debout, le port de charge et/ou les efforts du tronc. Les raisons qui faisaient que ce syndrome durait depuis plusieurs mois tenaient probablement au fait que l'assurée avait - encore actuellement - une hypotrophie globale de sa musculature, ainsi que des raccourcissements musculaires, notamment au niveau des rotateurs externes des hanches, des ischio-jambiers et des quadriceps. La correction de ces facteurs, pour permettre aux muscles de fournir un effort prolongé, alors qu'ils étaient déjà contractés, prenait du temps, soit plusieurs mois. En outre, l'assurée présentait également des troubles statiques des pieds, favorisant potentiellement l'hypertonie et/ou la pérennisation de douleurs des rotateurs externes des hanches. Les limitations fonctionnelles empêchant une reprise de l'activité à 100 % consistaient en une limitation de l'endurance dans le maintien des positions assise/debout prolongé, ainsi que les positions en porte-à-faux du tronc et le port de charges lourdes et répétitives.

Par certificats médicaux successifs, le Dr V.\_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 25 % du 21 juin au 15 août 2016.

Dans un rapport du 7 juillet 2016, le Dr K.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil de la M.\_\_\_\_\_, a retenu comme diagnostic une contusion du rachis et un syndrome dorso-lombo-vertébral. L'atteinte à la santé était probablement, au degré de la vraisemblance prépondérante, au moins une suite partielle de l'accident du 15 janvier 2016. A la question de savoir si l'état de santé de l'assurée procédait, avec un degré de vraisemblance prépondérante, de causes étrangères à l'accident, le spécialiste a répondu qu'en l'absence de lésion structurelle démontrée à l'imagerie, l'accident du 15 janvier 2016 aurait totalement cessé de

déployer ses effets six mois après. Il a précisé que le retour au statu quo avait été atteint six mois après cet accident.

Par décision du 11 juillet 2016, la M. \_\_\_\_\_ a refusé la prise en charge de prestations d'assurance à compter du 15 juillet 2016, date à partir de laquelle le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles actuels et l'événement du 15 janvier 2016 n'était plus admis. Elle a expliqué que selon son médecin-conseil, en l'absence de lésion structurelle démontrée à l'imagerie, on devait conclure à un retour au statu quo sine à six mois de l'accident, soit au 15 juillet 2016.

Le 22 juillet 2016, la Dresse I. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 12 % du taux contractuel dès le 25 juillet 2016.

Les 19 août et 2 septembre 2016, le Dr V. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité de travail de 12 % du taux contractuel du 19 août au 11 septembre 2016, et une capacité totale de travail dès le 12 septembre 2016.

Le 6 septembre 2016, l'assurée, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, a contesté la décision du 11 juillet 2016, soutenant que les Drs I. \_\_\_\_\_ et V. \_\_\_\_\_ avaient constaté des lésions post-traumatiques. Par ailleurs, l'absence de lésion démontrée à l'imagerie ne signifiait pas pour autant qu'il n'y avait pas de séquelles post-traumatiques.

Dans un rapport du 9 septembre 2016 à Me Hofstetter, le Dr V. \_\_\_\_\_ a expliqué avoir commencé à suivre l'intéressée dès le 8 février 2016, à la suite d'un traumatisme survenu le 15 janvier 2016. Il avait alors notamment constaté un syndrome dorso-lombo-vertébral, ainsi que des signes de dysfonction sacro-iliaque bilatérale. A six mois du traumatisme, l'atteinte n'était pas encore résolue, bien qu'en constante amélioration. Il n'y avait pas d'élément suggérant la participation d'un facteur maladie à l'évolution post-traumatique. En effet, les rares épisodes de lombalgies qu'a présentés l'assurée étaient anamnestiquement brefs et bénins. L'on

ne se retrouvait donc pas dans une situation de statu quo sine, ni plus d'ailleurs dans la situation d'avant le traumatisme de janvier 2016 (statu quo ante). Le bilan radiologique du 19 janvier 2016 ne montrant aucun trouble rachidien, dégénératif ou statique, l'on ne pouvait retenir de facteur préexistant favorisant potentiellement la durée des symptômes actuels. Il était possible que les lombalgies précédentes aient été favorisées par un certain déconditionnement musculaire qui, en dehors du traumatisme susmentionné, n'avait cependant jamais occasionné de douleurs au-delà de quelques jours. En outre, la dysfonction sacro-iliaque était nouvelle et ne présentait comme unique facteur étiologique objectivable que le traumatisme du 15 janvier 2016. En conclusion, il ne faisait aucun doute que les symptômes et limitations fonctionnelles présentés par l'intéressée avant et après le 15 juillet 2016 constituaient les conséquences et séquelles du traumatisme du 15 janvier 2016.

Le 12 septembre 2016, l'assurée a repris son activité à son taux contractuel de 80 % (cf. courrier du 23 septembre 2016 de l'employeur).

Par décision sur opposition du 24 octobre 2016, la M. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé la décision du 11 juillet 2016. Elle s'est fondée sur l'avis du Dr K. \_\_\_\_\_ et a relevé que même si les médecins traitants de l'intéressée avaient fait état d'une problématique de nature post-traumatique, cette terminologie n'avait qu'une connotation temporelle et ne saurait être utilisée pour justifier un lien de causalité naturelle. Par ailleurs, selon le Tribunal fédéral, en l'absence de lésions objectivables et en présence de lombalgies, le statu quo sine devait être considéré comme atteint trois jusqu'à quatre mois après l'événement (TF 8C\_682/2015 du 1<sup>er</sup> mars 2016). Dès lors, en prenant en charge le cas de l'assurée pendant six mois, elle s'était montrée généreuse. Enfin, l'assureur-maladie de l'intéressée n'avait pas jugé utile de faire opposition à la décision contestée, reconnaissant par là le caractère malade de la problématique.

**B.** Par acte du 23 novembre 2016, X.\_\_\_\_\_, toujours représentée par Me Hofstetter, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme en ce sens qu'elle a droit à des prestations ultérieurement au 15 juillet 2016 et tant que perdureront ses troubles séquellaires incapacitants découlants de l'accident du 15 janvier 2016, mais au plus tôt jusqu'au 30 septembre 2016, subsidiairement à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimée pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. En substance, elle a fait valoir que l'appréciation du Dr V.\_\_\_\_\_, qu'elle estimait probante, devait être préférée à celle du Dr K.\_\_\_\_\_, et qu'il n'y avait pas lieu de faire application in casu de la jurisprudence citée par l'intimée dans sa décision sur opposition. Elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale si la Cour de céans estimait ne pas être en possession d'éléments d'ordre médical suffisamment concluants.

Dans sa réponse du 8 février 2017, l'intimée, désormais représentée par Me Christian Grosjean, a conclu au rejet du recours et à la confirmation de la décision attaquée. Elle a relevé que le rapport du Dr K.\_\_\_\_\_ avait été établi en pleine connaissance du dossier et se fondait sur les examens radiologiques effectués le 15 janvier 2016, ainsi que sur les rapports des Drs I.\_\_\_\_\_ et V.\_\_\_\_\_. Ses conclusions étaient en outre motivées, notamment s'agissant de la causalité, de sorte qu'il y avait lieu de lui accorder pleine valeur probante. Aucun indice concret ne permettait de le remettre en cause. En effet, le Dr V.\_\_\_\_\_ ne fondait ses appréciations sur aucun élément objectivable, les radiographies du 15 janvier 2016 ne montrant aucune fracture, trait de fracture, ou autres troubles. De surcroît, dans son rapport du 18 avril 2016, ce médecin avait relevé que le traitement serait probablement terminé d'ici six à huit semaines, à savoir le 18 juin 2016 au plus tard. Les limitations fonctionnelles énoncées dans son rapport du 9 septembre 2016 n'étaient également fondées sur aucun élément objectif.

Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures.

## **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) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 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 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

**c)** En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

De valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

**2.** Est litigieuse la question de la prise en charge des prestations de l'assurance-accidents par l'intimée au-delà du 14 juillet 2016, singulièrement celle de savoir si les troubles présentés par la recourante après cette date sont encore en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'événement du 15 janvier 2016.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident

professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 et les références citées, 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1, TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1).

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\_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants.

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 ; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3<sup>e</sup> éd., Bâle 2016, n. 104 p. 929).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a).

**d)** La jurisprudence a souligné 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).

**e)** Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C\_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.3, TFA U 172/06 du 10 mai 2007 consid. 6.2 et les références).

**4.** Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles et procède librement à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'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 et 125 V 351 consid. 3a avec la référence citée ; TF 9C\_236/2015 du 2 décembre 2015 consid. 4).

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 cause 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 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

**5.** La recourante fait valoir qu'il n'y a pas lieu de privilégier l'avis du 7 juillet 2016 du Dr K. \_\_\_\_\_ au détriment de celui, qu'elle estime plus probant et mieux étayé, du Dr V. \_\_\_\_\_. L'intimée soutient pour sa part que le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ remplit les réquisits jurisprudentiels devant conduire à lui reconnaître une pleine valeur probante.

Tel n'est toutefois pas le cas. Le rapport du Dr K. \_\_\_\_\_ n'est en effet qu'un avis médical peu motivé, puisqu'il se limite à constater qu'en l'absence de lésion structurelle démontrée à l'imagerie, l'accident du 15 janvier 2016 aura totalement cessé de déployer ses effets six mois après. Il a en outre été établi sur la base du dossier. Or s'il est constant qu'un médecin-conseil n'est pas tenu d'examiner un assuré, il en va

autrement lorsque, comme en l'espèce, son avis est contredit par un médecin qui, s'il a certes suivi l'intéressée, n'en demeure pas moins un spécialiste en médecine physique et réadaptation. En pareille circonstance, l'intimée aurait dû à tout le moins ré-interpeller son médecin-conseil après avoir reçu le rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2016, ce qu'elle n'a pas fait, alors que les rapports des médecins-conseil sont à prendre en considération *tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions* (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.7).

En l'espèce, à la lumière du rapport du Dr V.\_\_\_\_\_ du 9 septembre 2016, il existe bien un doute sur l'exactitude des conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_. A cela s'ajoute que le rapport précité du Dr V.\_\_\_\_\_ a été quant à lui établi après examen de l'assurée, dont il prend en compte les plaintes, qu'il décrit le contexte médical et permet une appréciation claire de la situation médicale. Ses conclusions sont en outre bien motivées. En effet, le Dr V.\_\_\_\_\_ explique qu'à six mois du traumatisme survenu le 15 janvier 2016, l'atteinte de l'intéressée, soit un syndrome dorso-lombo-vertébral et des signes de dysfonction sacro-iliaque bilatérale, n'était pas encore résolue, même si elle était en constante amélioration. Il relève qu'il n'y a pas d'élément suggérant la participation d'un facteur de maladie à l'évolution post-traumatique, les rares épisodes de lombalgies présentés par l'assurée étant anamnestiquement brefs et bénins. De même, le bilan radiologique du 19 janvier 2016 ne montrant aucun trouble rachidien, dégénératif ou statique, l'on ne pouvait retenir de facteur préexistant favorisant potentiellement la durée des symptômes actuels. Le Dr V.\_\_\_\_\_ ajoute que la dysfonction sacro-iliaque est quant à elle nouvelle et ne présente comme unique facteur étiologique objectivable que le traumatisme du 15 janvier 2016. Ce spécialiste conclut qu'il ne fait aucun doute que les symptômes et les limitations fonctionnelles présentés par l'intéressée avant et après le 15 juillet 2016 constituent des conséquences du traumatisme du 15 janvier 2016. Il résulte ainsi de ce rapport, qui remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante, qu'en date du 15 juillet 2016, l'accident du 15 janvier 2016 déployait encore des effets, lesquels doivent être

considérés, au degré de la vraisemblance prépondérante, comme liés par un rapport de causalité naturelle et adéquate avec cet accident. Contrairement à ce que soutient l'intimée, ce constat n'est pas remis en cause par le fait que le Dr V.\_\_\_\_\_ a indiqué, dans son rapport du 18 avril 2016, que le traitement serait probablement terminé d'ici six à huit semaines. En effet, il s'agissait précisément d'une estimation, dont il a d'ailleurs souligné le caractère incertain (« 6-8 semaines ? »). Conformément au certificat médical établi par le Dr V.\_\_\_\_\_ le 2 septembre 2016, l'assurée ne présentait toutefois plus, à compter du 12 septembre 2016, d'incapacité de travail en lien avec l'accident, ce que l'intéressée admet également dans le cadre de son recours. Elle a effectivement repris son activité au taux contractuel de 80 % dès cette date (cf. courrier du 23 septembre 2016 de l'employeur). L'assurée aura dès lors droit à la prise en charge des suites de l'événement accidentel du 15 janvier 2016 jusqu'au 11 septembre 2016 inclus.

Par ailleurs, on ne peut valablement tirer argument du fait que l'assureur-maladie n'a pas formé opposition à la décision de l'intimée pour déduire que cette dernière était fondée.

Pour le surplus, la jurisprudence à laquelle se réfère l'intimée, soit l'arrêt TF 8C\_682/2015 précité, ne lui est d'aucun secours, dans la mesure où elle n'est pas topique. En effet, à suivre cette jurisprudence, un statu quo sine devait être considéré comme atteint trois à quatre mois après l'événement. Or, le Dr G.\_\_\_\_\_ a constaté le 24 mai 2016, soit plus de quatre mois après l'accident, qu'il n'y avait pas de retour au statu quo pour le moment. De même, le Dr K.\_\_\_\_\_ a exposé que l'accident aura totalement cessé de déployer ses effets six mois après, délai que le Dr V.\_\_\_\_\_, tel que susmentionné, a contesté. L'accident du 15 janvier 2016 a donc eu des effets ultérieurement aux trois à quatre mois évoqués par le Tribunal fédéral. Pour le surplus, les circonstances du cas d'espèce sont différentes de celles ayant donné lieu à l'arrêt auquel se réfère l'intimée. En effet, dans ce dernier, les documents médicaux établis dans les suites de l'accident ne mentionnaient aucunement que l'assuré s'était plaint de maux de dos. En outre, l'intéressé avait invoqué de telles

douleurs pour la première fois plus de huit mois après l'accident (cf. consid. 2.1 et 2.2). Bien que cet arrêt cite également d'autres références jurisprudentielles, il n'y a pas lieu, au vu des circonstances particulières du cas, de faire application en l'espèce de généralités tirées d'autres arrêts.

**6. a)** Si l'administration ou le juge, 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 alors superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b).

**b)** En l'occurrence, le dossier est complet du point de vue médical et permet à la Cour de céans de statuer, de sorte qu'il n'y a pas lieu de mettre en œuvre l'expertise requise par la recourante.

**7. a)** Au vu de ce qui précède, le recours doit être partiellement admis et la décision sur opposition rendue le 24 octobre 2016 réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 15 janvier 2016 jusqu'au 11 septembre 2016 inclus.

**b)** La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires.

**c)** Obtenant partiellement gain de cause en étant représentée par un mandataire professionnel, la recourante a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer, au vu de l'importance et de la complexité du litige, à 2'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

**Par ces motifs,**

**la juge unique  
prononce :**

- I. Le recours est partiellement admis.
  
- II. La décision sur opposition rendue le 24 octobre 2016 par M.\_\_\_\_\_ est réformée en ce sens que cet assureur doit prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 15 janvier 2016 jusqu'au 11 septembre 2016 inclus.
  
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
  
- IV. M.\_\_\_\_\_ versera à X.\_\_\_\_\_ une indemnité de 2000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens.

La juge unique :

La greffière :

**Du**

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Gilles-Antoine Hofstetter (pour X.\_\_\_\_\_)
- Me Christian Grosjean (pour M.\_\_\_\_\_)
- 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 :