

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 mars 2019

Composition : M PIGUET, président
Mmes Röthenbacher et Durussel, juges
Greffière : Mme Monod

Cause pendante entre :

B. _____, à [...], recourante, représenté par Me Marc-Antoine Aubert,
avocat, à Lausanne

et

AXA ASSURANCES SA, à Winterthur, intimée, représentée par Me Patrick
Moser, avocat, à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. B. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1973, est employée d'assurances et est assurée à ce titre contre les accidents professionnels et non professionnels par Axa Assurances SA (ci-après également : l'intimée).

Par déclaration de sinistre du 1^{er} février 2016, elle a signalé un accident de la circulation survenu le 25 janvier 2016. Alors qu'elle était arrêtée au volant de son véhicule à l'entrée d'un rond-point, elle s'était fait emboutir par l'arrière par un conducteur inattentif. Elle souffrait depuis lors de douleurs cervicales et dorsales, de l'épaule et du bras droits. Le cas a été pris en charge par Axa Assurances SA.

Le jour de l'accident, l'assurée a consulté les urgences de la Clinique D. _____, où a été effectué un examen concluant à une entorse cervicale C5-C6. Le 8 février 2016, une imagerie par résonance magnétique (IRM) des cervicales et de l'épaule a été réalisée au sein de la Clinique D. _____, mettant en évidence des discopathies C4-C5, C5-C6 et C6-C7 et une protrusion discale en C6-C7, ainsi qu'une petite déchirure intra-tendineuse et une discrète arthropathie acromio-claviculaire. L'assurée a été suivie dès la même date par le Dr H. _____, spécialiste en médecine interne générale, lequel a prescrit des séances de physiothérapie et une consultation auprès du Prof. G. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur (cf. rapport médical adressé à Axa Assurances SA le 4 mars 2016).

Une incapacité totale de travail a été prononcée par le Dr H. _____ du 8 février 2016 au 15 février 2016, ramenée à 50 % dès le 16 février 2016 et à 25 % du 16 avril 2016 au 13 mai 2016.

L'assurée a été prise en charge par la Dresse F. _____, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, dès le 11 novembre 2016. Celle-ci a complété un rapport à l'attention d'Axa

Assurances SA le 18 novembre 2016, indiquant que sa patiente souffrait d'une exacerbation de cervicalgies chroniques « présentes depuis un premier accident de la circulation en 1999 », d'une exacerbation de douleurs de l'épaule droite « apparues en octobre 2015 » et de dorso-lombalgies « inaugurales nouvelles ».

Une IRM dorso-lombaire, sacro-iliaque et des hanches, pratiquée auprès de la Clinique D._____ le 23 novembre 2016 à la demande de la Dresse F._____, a révélé une discopathie pincée en L5-S1, une spondylolyse L5 bilatérale, une discopathie modérée L4-L5 et une bursite des grands trochanters.

Aux termes de deux rapports médicaux subséquents, datés des 9 février 2017 et 17 février 2017, la Dresse F._____ a fait état d'une évolution « progressivement favorable » sur le plan cervical, mais d'une absence d'amélioration sur le plan lombaire. Elle a préconisé la poursuite d'un traitement antalgique et de séances de physiothérapie.

Sollicité pour avis, le Dr N._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation et en rhumatologie, médecin-conseil d'Axa Assurances SA, a communiqué son analyse du cas le 19 avril 2017. Il a retenu l'absence de constatation structurelle subsistant comme séquelle de l'événement accidentel et estimé que le statu quo sine avait été en l'occurrence atteint 12 mois après ledit événement, soit le 25 janvier 2017.

Par décision du 22 mai 2017, Axa Assurances SA a mis un terme au versement de ses prestations avec effet au 25 janvier 2017 et renoncé à réclamer le remboursement des prestations acquittées au-delà de cette date.

Représentée par Me Marc-Antoine Aubert, l'assurée s'est opposée à cette décision par écriture du 14 juin 2017, arguant de la poursuite des traitements instaurés par ses médecins spécialistes dans le cas d'un accident de type « coup du lapin ».

Statuant sur cette opposition, Axa Assurances SA l'a rejetée le 21 novembre 2017, aux motifs que tout lien de causalité naturelle avait été rompu au plus tard le 25 janvier 2017 et que tout lien de causalité adéquate entre l'accident du 25 janvier 2016 et les troubles présentés au-delà du terme précité était exclu.

B. L'assurée a déféré la décision sur opposition du 21 novembre 2017 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par mémoire de recours du 8 janvier 2018, concluant à son annulation. Elle a relevé principalement la divergence entre les appréciations de ses médecins traitants et le médecin-conseil de l'assurance-accidents pour conclure au renvoi de la cause à cette dernière en vue de la mise en œuvre d'une expertise. A titre subsidiaire, elle a conclu à la reconnaissance de son droit aux prestations d'assurance au-delà du 25 janvier 2017. Au titre de justificatifs, étaient joint des rapports de la Dresse F._____ des 2 décembre 2016 et 22 décembre 2017, ainsi qu'un bilan d'un programme d'ergothérapie de J._____ du 2 novembre 2017.

Axa Assurances SA, représentée par Me Patrick Moser, a conclu au rejet du recours et repris pour l'essentiel la teneur de sa décision sur opposition par réponse du 20 avril 2018.

Répliquant le 21 juin 2018, l'assurée a persisté dans ses conclusions, soulignant être atteinte dans sa santé psychique depuis l'automne 2017, pour diverses raisons, dont les douleurs consécutives à l'accident du 25 janvier 2016. Etaient annexés à son écriture des rapports du 19 mars 2018 du Dr H._____ et du 17 mai 2018 du Centre K._____.

Axa Assurances SA a dupliqué le 14 septembre 2018 et maintenu ses conclusions. Elle a au surplus observé que la problématique psychique affectant l'assurée n'avait aucun lien avec l'événement accidentel du 25 janvier 2016.

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, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

b) Dans le canton de Vaud, la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 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 la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD).

c) En l'espèce, déposé auprès du tribunal compétent en temps utile compte tenu des fêtes judiciaires de fin d'année (cf. art. 38 al. 4 let. c LPGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGA) et respectant les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

2. Est litigieux en l'occurrence le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 25 janvier 2017, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité entre l'accident incriminé et la symptomatologie affectant la recourante au-delà de cette date.

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 ; 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. 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'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références).

Si l'on peut admettre qu'un 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 la survenance de l'accident (*statu quo sine* ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3 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* » ; 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2).

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 plus 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 (TFA U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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 précité consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et référence citée ; TF 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 3.1). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 115 V 403 consid. 4a ; 107 V 173 consid. 4b ; TF 8C_235/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2.1).

4. a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à

l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

b) Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur l'expérience médicale, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; cf. également : TF 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3 ; 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3).

5. a) 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. 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 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*) (RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75 ; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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.

b) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 et 1.3 et références citées).

6. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration - en cas de recours, le tribunal - se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et références citées).

b) L'assureur social - et le juge des assurances sociales en cas de recours - doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante

(ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). 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 ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

7. En l'espèce, il est établi que la recourante a été victime d'un accident de la circulation routière le 25 janvier 2016 (choc par l'arrière de son véhicule) et qu'elle a présenté dans les suites de cet événement des douleurs cervicales et lombaires, ainsi que des douleurs à l'épaule droite.

a) Dans ce contexte, deux IRM ont été effectuées à la demande des médecins traitants de la recourante. En premier lieu, le rapport d'imagerie du 8 février 2016 a retenu ce qui suit :

IRM cervicale :

L'examen démontre une discopathie C4-C5, C5-C6 et C6-C7 caractérisée par un pincement discal, une protrusion discale relativement marquée en position médiane, paramédiane gauche en C6-C7.

Il n'y a pas de hernie visible. Pas de sténose du fourreau dural. Contours du signal de la moelle cervicale et dorsale haute sp [réf. : sans particularités]. La séquence myélographique ne démontre aucune amputation radiculaire.

Il n'y a pas de lésion traumatique osseuse visible ou des parties molles. Facettes articulaires sp.

[...]

IRM de l'épaule droite :

Discret hypersignal au sein du tendon du supra-épineux évoquant soit une tendinopathie du sus-épineux soit une déchirure intratendineuse. Il n'y a aucune déchirure transfixiante. On note cependant une petite lame de liquide dans la bourse sous-acromio-deltaïdienne. Le tendon de l'infra-épineux est sp. On note également un hypersignal au sein du tendon du sous-scapulaire avec même une formation kystique au sein de ce tendon évoquant une petite

déchirure intra-tendineuse. Pas de déchirure transfixiante. LCB [réd. : long chef du biceps] sp.
Discrète arthropathie acromio-claviculaire. Pas de lésion traumatique osseuse. Trophicité de la musculature sp. [...]

Le rapport d'IRM du 23 novembre 2016 fait en outre état des constats suivants :

Le cône médullaire est à hauteur du plateau supérieur de L1. Pas d'anomalie de signal T2, pas d'anomalie morphologique ni de prise de contraste anormal de la moelle dorsale jusqu'au cône.
Pas d'anomalie disco-vertébrale dorsale.
Pas d'anomalie à la charnière dorso-lombaire, pas de lésion de D12 à L4.
L4-L5 : discopathie modérée avec rupture postéro-médiane de l'anneau fibreux et relâchement ligamentaire, sans hernie. Le canal n'est pas sténosé, les trous de conjugaison sont libres.
L5-S1 : discopathie pincée avec altérations Modic I et II. Minime antélisthésis de 2 mm et relâchement ligamentaire sans hernie. Spondylolyse L5 bilatérale.
Pas d'anomalie des articulations sacro-iliaques, en particulier pas de signe de sacro-iliite.
Pas d'épanchement coxo-fémoral d'un côté comme de l'autre, pas de signes de coxopathie dégénérative ou inflammatoire.
Bursite des grands trochanter, peu marquée, prédominant à droite.
Pas de déchirure des tendons.
Pas de masse pathologique pelvienne. [...]

b) La recourante s'est rendue en consultation spécialisée, notamment auprès du Prof. G. _____ en date du 10 février 2016, lequel a communiqué son rapport le même jour en ces termes :

Anamnèse :

Cette jeune patiente dont j'ai également opéré le père il y a de nombreuses années, donne une anamnèse de douleurs cervicales en 1999 dans les suites d'un accident de la voie publique. A l'époque, elle avait été traitée par une collerette rigide pendant 2 mois. La colonne cervicale avait plus ou moins retrouvé une fonction normale avec occasionnellement une gêne. Par la suite, elle avait présenté des symptômes sous forme de douleurs peu systématisées du bras droit qui n'avaient pas conclu à un diagnostic clair, mais qui avaient motivé une consultation auprès du Dr S. _____, neurologue. Elle avait également été vue en 2013 par notre confrère, Dr R. _____, dans le cadre des mêmes symptômes intermittents et également dans le contexte d'une maladie inflammatoire dans la famille (la sœur présentait une spondylarthrite ankylosante). En octobre, elle a commencé à ressentir des douleurs de l'épaule et du bras droits assez typiques d'un problème de la coiffe des rotateurs.
Le 25.01.2016, elle a été victime de nouveau d'un accident de la voie publique, son véhicule ayant été embouti par une autre voiture alors qu'elle était à l'arrêt sur le rond-point [...]. Il n'y a pas eu de perte de connaissance. Les airbags des deux véhicules ne se sont pas déployés. Elle portait sa ceinture de sécurité et la voiture était

équipée d'appuie-tête. Elle a, plus tard dans la matinée, des douleurs assez généralisées et, pendant quelques jours, elle a eu mal non seulement à la colonne cervicale mais également à la colonne lombaire. Les douleurs de l'épaule ont été aggravées également. Elle a pris du Sirdalud et des anti-inflammatoires mais maintenant elle commence à aller beaucoup mieux au niveau cervical avec très peu de symptômes. L'épaule continue à être douloureuse, surtout à la mobilisation. [...]

Appréciation du cas :

J'ai rassuré cette jeune patiente quant à l'avenir de sa colonne cervicale. [...] Il n'y a pas de vraie sténose cervicale même s'il y a des troubles dégénératifs déjà présents. Je lui ai conseillé de prendre des anti-inflammatoires uniquement à la demande et à titre symptomatique. Je ne vois pas de contre-indications à ce qu'elle continue les traitements en physiothérapie et en ostéopathie comme elle a eu l'habitude de le faire jusqu'à présent.

En ce qui concerne son épaule, si avec la physiothérapie elle ne s'améliore pas, on pourrait l'adresser à un de nos confrères spécialistes de l'épaule pour un geste infiltratif sous-acromial. [...]

Quant à la Dresse F._____, qui a pris en charge la recourante dès le 11 novembre 2016, elle a précisé le 18 novembre 2016 que sa patiente présentait une exacerbation de cervicalgies et de douleurs de l'épaule droite antérieures à l'accident incriminé, alors que seules des dorso-lombalgies étaient considérées comme nouvelles. Elle a néanmoins retenu des « cervicalgies chroniques post-traumatiques » des suites des accidents de 2016 et 1999, ainsi des « dorso-lombalgies chroniques post-traumatiques » (cf. également rapports des 9 et 17 février 2017).

c) Fondé sur ces documents, le Dr N._____, médecin-conseil de l'intimée, s'est déterminé comme suit le 19 avril 2017 :

1. Les constatations faites récemment sont-elles dues selon un degré de vraisemblance prépondérante à l'évènement du 25 janvier 2016 ?

L'évènement du 25 janvier 2016 a provoqué une aggravation temporaire au niveau du rachis cervical, de l'épaule droite et du rachis lombaire. Il existait un état douloureux antérieur au niveau de ces 3 foyers de troubles, à savoir :

- 1. Rachis cervical :** Etat faisant suite à une luxation traumatique du rachis cervical en 1999, altérations dégénératives des segments C4/5, C5/6 et C6/7 accompagnées d'une protrusion discale interne C6/7 débordant à gauche. Aucune altération structurelle d'origine traumatique n'a pu être prouvée que ce soit à la suite de l'évènement de 1999 ou des dommages actuels.

- 2. Epaule droite :** Les troubles de l'épaule droite ont déjà été mentionnés dans le dossier médical antérieurement à l'évènement du 25.01.2016. L'assurée a souffert de façon répétée de brachialgies à l'épaule droite depuis 1999. La tendinopathie de la coiffe des rotateurs à l'origine des troubles sans altération traumatique directe a été constatée à l'aide des radiographies (pièce M1). L'évènement du 25 janvier 2016 a donc aggravé momentanément un état dégénératif préexistant.
- 3. Syndrome lombo-vertébral :** Les troubles se sont manifestés après l'évènement du 25 janvier 2016 et n'ont pas été évoqués immédiatement après cet évènement. A l'IRM l'on constate une spondylolyse avec spondylolisthésis L5/S1 et des dégénérescences discales des deux segments inférieurs des vertèbres lombaires. Aucune altération structurelle d'origine traumatique n'a pu être prouvée. Les troubles au niveau des lombaires n'ont donc qu'un lien de causalité possible avec l'évènement du 25 janvier 2016.

2. Existe-t-il des constatations objectivables devant être admises comme séquelles de l'évènement du 25 janvier 2016 ? Si oui, lesquelles ?

Il n'existe aucune constatation structurelle subsistant comme séquelle de l'évènement accidentel du 25.01.2016.

3. Quand le statu quo ante (même état qu'avant l'accident) ou quand le statu quo sine (même état que celui qui aurait été probable et aurait évolué en cas de maladie ou d'un état préexistant même sans la survenance d'un accident) a-t-il été atteint ou quand un tel état sera-t-il atteint selon un degré de vraisemblance prépondérante ?

En tenant compte d'un rachis cervical probablement fragilisé après le traumatisme de distorsion de l'année 1999 ainsi que de l'absence d'altérations structurelles au niveau des cervicales, de l'épaule droite et du rachis lombaire de même qu'en regard des divers états antérieurs, il y a lieu de considérer que le statu quo sine a été atteint 12 mois après l'évènement, c'est-à-dire le 25 janvier 2017.

4. Quand l'état de santé de l'assurée sera-t-il stabilisé ? Une amélioration sensible de l'état de santé est-elle encore possible ?

L'état de santé stabilisé quant à l'évènement du 25 janvier 2016 a été atteint le 25 janvier. 2017. Il n'y a plus lieu d'attendre une amélioration sensible des troubles d'origine accidentelle. A l'heure actuelle, ce sont des états préexistants ou des séquelles résultant de ces états préexistants qui font l'objet d'une thérapie.

d) En l'espèce, il convient de se rallier à l'opinion exprimée par

le

Dr N. _____, dans la mesure où il a été rapporté par l'ensemble des

médecins traitants de la recourante que celle-ci souffrait avant l'accident du 25 janvier 2016 de cervicalgies chroniques et de douleurs de l'épaule droite. Seules les dorso-lombalgies ont pu être considérées comme une nouvelle atteinte à la santé. Or, les documents d'imagerie n'ont révélé aucune lésion structurelle qui serait imputable à une origine traumatique. Au demeurant, l'accident incriminé ne saurait être considéré comme un événement d'une importance telle qu'il serait de nature à entraîner une lésion structurelle. La description de l'accident du 25 janvier 2016 fait en effet état d'un choc par l'arrière, alors que son véhicule était immobilisé à l'entrée d'un rond-point. Compte tenu de la proximité du rond-point, il convient d'admettre que le véhicule qui l'a emboutie n'arrivait pas à une vitesse très élevée. On en veut d'ailleurs pour preuve le fait que les airbags des véhicules impliqués ne se sont pas déployés et que la recourante n'a pas perdu connaissance au moment des faits (cf. description des circonstances relatée aux termes du rapport du Prof. G. _____ du 10 février 2016 susmentionné). Dès lors, ainsi que l'a expliqué de manière convaincante le Dr N. _____, on peut retenir que l'accident du 25 janvier 2016 n'a pu, tout au plus, que provoquer une aggravation passagère de l'état dégénératif préexistant documenté à l'imagerie. Selon la jurisprudence, un tel accident ne saurait plus avoir d'incidence sur l'état de santé de la recourante au-delà d'une année dès sa survenance (cf. consid. 4 et 5 supra). On ajoutera que les médecins de la recourante ont par ailleurs mis en évidence des facteurs de stress psychosociaux et environnementaux liés au contexte de vie de la recourante, lesquels s'avèrent de nature à conduire à une fixation de la symptomatologie douloureuse (cf. consid. 8a ci-dessous).

e) Les rapports médicaux produits par la recourante à l'appui de ses conclusions ne sont pas susceptibles d'entraîner une appréciation différente du cas. En particulier, les rapports établis par la Dresse F. _____ et le bilan d'ergothérapie rédigé par J. _____ ne justifient pas de se distancer du raisonnement du Dr N. _____. La Dresse F. _____ s'est en effet limitée à reprendre les diagnostics précédemment évoqués dans le cas de la recourante et à exposer l'évolution de sa situation depuis sa prise en charge. Quant à J. _____, le bilan établi révèle une situation

sensiblement améliorée par un reconditionnement en groupe et les traitements instaurés, ainsi que par la poursuite d'activités physiques régulières (cf. rapports des 2 novembre 2017 et 22 décembre 2017).

Il convient en conséquence de conclure, à l'instar de l'intimée, à l'absence de lien de causalité naturelle entre les troubles présentés par la recourante et l'accident du 25 janvier 2016 au-delà du 25 janvier 2017.

8. On ajoutera qu'il n'y a pas lieu d'examiner le cas de la recourante au regard des jurisprudences rendues en matière de troubles psychiques apparus après un accident (cf. ATF 115 V 133 consid. 6a/aa et 403 consid. 5c/aa) et en matière de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne ou de traumatisme crânio-cérébral (cf. ATF 134 V 109 ; 117 V 359 consid. 6a).

a) S'agissant en particulier des troubles psychiques affectant la recourante, on peut observer que ceux-ci sont apparus largement postérieurement à l'accident, soit à l'automne 2017, et sont manifestement en lien avec un contexte socio-familial troublé.

Dans le rapport du Dr H. _____ 19 mars 2018, produit par la recourante auprès de la Cour de céans, ce praticien a évoqué le diagnostic de burn out et relaté ce qui suit :

[...] Le 24.10.2017, la patiente déclare avoir pris rendez-vous chez un psychologue-psychiatre [...] en raison d'une décompensation psychologique. En effet, la patiente pleure, dit qu'elle est à bout dans une situation socio-familiale difficile ainsi qu'un syndrome douloureux chronique. [...]

[...] Elle me déclare en plus qu'elle est en arrêt de travail à 100 % depuis le 18.10.2017. [...]

Par ailleurs, le Centre K. _____ a communiqué que le traitement médical avait été instauré le 9 octobre 2017 eu égard au diagnostic d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen. Ce centre a précisé les éléments suivants dans un rapport du 17 mai 2018 :

Mme B. _____ est d'origine suisse et décrit des difficultés depuis plusieurs années déjà.

[...] Personnellement, Mme B. _____ s'est mariée puis, après quatorze ans de mariage difficile, elle trouve la force de quitter son mari entre 2015 et 2016 (date à laquelle elle quitte vraiment le domicile). Elle décrit son mari comme « manipulateur et explosif » ; il exerce selon elle beaucoup de pression morale pendant le divorce, encore en cours actuellement.

Ils ont ensemble une fille de 16 ans en garde alternée. Les relations avec cette dernière sont souvent conflictuelles.

Au niveau somatique, Mme B. _____ a eu un grave accident de voiture en janvier 2016 dont elle n'est pas responsable ce qui entraîne de nombreux problèmes physiques et des douleurs, encore actuellement.

En octobre 2017, suite à cette succession d'événements et à une séparation d'avec son nouveau compagnon, la patiente se présente au Centre K. _____ à [...] pour demander de l'aide. [...]

b) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il faut d'une part que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites ait été dûment attestée par des renseignements médicaux fiables, et d'autre part que le tableau clinique typique d'un tel traumatisme soit présent (à savoir : des 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 multiples plaintes) pour qu'un lien de causalité puisse être retenu entre l'accident et l'incapacité de travail (cf. ATF 134 V 109 consid. 7 à 9).

En l'espèce, un traumatisme du type « coup du lapin » n'a pas été confirmé par les examens médicaux effectués, tandis que la recourante n'a allégué dans les suites de l'accident du 25 janvier 2016 aucun des symptômes énumérés dans la liste correspondant au tableau clinique classique d'un tel traumatisme.

9. **a)** En définitive, l'intimée n'a donc pas violé le droit en mettant un terme à ses prestations avec effet au 25 janvier 2017.

b) Les pièces du dossier se révélant suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres

preuves ne s'impose, une expertise médicale indépendante, telle que requise par la recourante à titre principal, s'avère par conséquent superflue.

10. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure étant en principe gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (cf. art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 21 novembre 2017 par Axa Assurances SA est confirmée.

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

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié, par l'envoi de photocopies, à :

- Me Marc-Antoine Aubert, à Lausanne (pour B._____),
- Me Patrick Moser, à Lausanne (pour Axa Assurances SA),
- Office fédéral de la santé publique, à Berne.

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 :