

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 26 juin 2019

Composition : M. NEU, juge unique
Greffier : M. Addor

Cause pendante entre :

J._____, à Z._____, recourante,

et

MUTUEL ASSURANCES SA, à Martigny (VS), intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. J._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en 1985, travaillait depuis le 15 novembre 2012 en qualité d'enseignante pour le compte de l'Etat de Vaud. A ce titre, elle était assurée obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de Mutuel Assurances SA (ci-après : Mutuel ou l'intimée).

Le 17 septembre 2017, J._____ s'est blessée avec un couteau et, en voulant prendre un pansement dans un tiroir, s'est heurtée la tête contre une barre à linge, ce qui a entraîné une perte de connaissance. Le même jour, l'assurée a consulté le Dr T._____, médecin assistant à l'Hôpital de C._____, qui a diagnostiqué une contusion faciale (rapport du 10 novembre 2017). L'assurée a présenté une incapacité totale de travail du 17 au 27 septembre 2017.

Par déclaration d'accident LAA du 4 octobre 2017, l'employeur de l'assurée a annoncé le cas à Mutuel.

Dans un compte-rendu du 31 octobre 2017 faisant suite à des radiographies de la colonne cervicale et transbuccale, le Dr H._____, spécialiste en radiologie, a relevé l'absence de fracture décelable. Il a toutefois constaté un aspect légèrement asymétrique au niveau interfaccettaire C5-C6 lui faisant suspecter une entorse à ce niveau. Il a par ailleurs constaté une raideur cervicale et a suggéré de compléter ce bilan par une IRM de la colonne cervicale.

L'IRM cervicale du 13 novembre 2017 a mis en évidence des troubles statiques avec une cyphose cervicale et une attitude scoliotique. Il n'y avait pas de signes de séquelles post-traumatiques.

Dans un rapport d'imagerie du 13 décembre 2017 consécutif à des radiographies du coude gauche, le Dr R._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'existence de données cliniques en faveur d'une

épicondylite, sans anomalie radiologique associée. Il a en outre constaté trois petites ossifications, l'une en regard d'un enthésophyte de l'épitrôchlée et deux autres en avant de la palette humérale. Il n'y avait pas de déformation traumatique visible des structures osseuses.

Analysant les documents médicaux au dossier, le Dr G._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin-conseil auprès de Mutuel, a indiqué que la causalité n'était plus donnée au-delà de trois mois après la date de l'accident (avis du 6 mars 2018).

Le 15 mars 2018, Mutuel a rendu une décision aux termes de laquelle elle a mis un terme au versement de ses prestations dès le 18 décembre 2017. Faisant siennes les conclusions du Dr G._____, elle a considéré que les indications mises en évidence par l'IRM cervicale ainsi que les radiographies du coude gauche ne pouvaient pas être la conséquence d'un événement traumatique tel que décrit, mais qu'elles étaient dues à une affection malade. Ainsi, un *statu quo sine/ante* devait être considéré comme atteint après une période de maximum trois mois, de sorte que, au vu des pièces médicales et de l'événement en cause, la relation de causalité entre les troubles présentés et l'événement du 17 septembre 2017 ne pouvait être admise que jusqu'au 17 décembre 2017.

Dans un courrier du 18 mars 2018 au Dr G._____, la Dresse V._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant, a posé les diagnostics de céphalées et nuccalgies post-traumatiques suite à un traumatisme crânien avec perte de connaissance survenu sur un malaise vaso-vagal probable le 17 septembre 2017 et de début de remaniement uncarthrosique C5-C6 droite et de toutes les articulations facettaires à l'IRM cervicale, sans signes de séquelles post-traumatiques. Ayant constaté que l'évolution était favorable depuis la dernière consultation du 26 octobre 2017, elle a indiqué que le traitement était a priori terminé.

A l'appui de sa déclaration d'opposition du 28 mars 2018, J. _____ a joint un rapport de la Dresse V. _____ du 27 mars 2018. Lors de la consultation du 26 octobre 2017, l'assurée se plaignait de douleurs au niveau dorsal haut et cervical lui occasionnant des cervicobrachialgies avec irradiation sous forme de paresthésies irradiant la face latérale du bras droit jusque dans l'auriculaire. La Dresse V. _____ avait également constaté des douleurs à la palpation du trapèze au niveau paravertébral cervical droite ainsi que le long de l'omoplate avec une forte contracture, une douleur à la palpation de C3 et une limitation de la rotation latérale de la tête vers la gauche. Le status neurologique des membres supérieurs était toutefois sans problème. La Dresse V. _____ faisait également état de douleurs persistantes au niveau du coude depuis la chute, raison pour laquelle elle avait complété le bilan d'une probable épicondylite post-traumatique par une radiographie.

Dans son rapport du 17 juin 2018, le Dr G. _____ a retenu ce qui suit sous l'intitulé « Appréciation du cas » :

« L'événement survenu le 17 septembre 2017 fut, selon les éléments anamnestiques, à l'origine d'une contusion de la face/crâne, peut-être également à l'origine d'un traumatisme crânien simple. Développement secondaire de cervico-brachialgies.

Les examens para-cliniques ont tout au plus mis en évidence une cervicarthrose (C5-6) débutante, ainsi que des stigmates en faveur de tendinopathies calcifiantes au coude droit [recte : gauche].

On signale que le coude droit n'avait pas été traumatisé le 17 septembre 2017 (pas d'élément anamnestique y relatif).

En l'absence de lésion structurelle, d'allure aiguë, c'est-à-dire consécutive à l'événement du 17 septembre 2017, une contusion simple (que ça soit de la face, de la zone cervicale, ou éventuellement du coude) cesse de déployer ses effets après quelques jours, voire après quelques semaines, mais au plus tard après un délai de 3 mois.

Dans le cas présent, le caractère bénin du traumatisme subi est également validé par la courte période d'incapacité de travail (10 jours).

Les douleurs péri-cervicales, pour laquelle la patiente fut traitée en janvier 2018, peuvent avoir une autre origine que traumatique, soit en lien avec la cervicarthrose, ou rentrant éventuellement dans un contexte de cervicalgies « communes ».

En d'autres termes, compte tenu des éléments mis à disposition, je n'ai aucun argument pour faire valoir une extension du délai de 3 mois précité (délai à l'issue duquel les conséquences du traumatisme subi le 17 novembre 2017 se sont effacées). »

Par décision sur opposition du 6 juillet 2018, Mutuel s'est référée à l'appréciation du cas formulée par le Dr G. _____ dans son rapport du 17 juin 2018 pour confirmer l'arrêt du versement de ses prestations dès le 18 décembre 2017.

B. **a)** Par acte du 21 juillet 2018, J. _____ a saisi la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud d'un recours contre cette décision, concluant à la prise en charge du traitement de physiothérapie jusqu'au 25 juin 2018. Elle a exposé qu'en raison de son traumatisme crânien, son médecin traitant ne lui avait prescrit des séances de physiothérapie qu'à compter du mois de novembre 2017, dès lors qu'il n'était pas possible de manipuler plus tôt cette zone. Les tensions provenant des cervicales s'étendaient le long du dos et des bras. Elle souffrait par ailleurs d'irradiations dans le bras droit et de douleurs au coude gauche. Comme elle avait perdu connaissance à la suite de sa chute, elle ne savait pas comment elle était tombée. Aussi, d'entente avec son physiothérapeute, la Dresse V. _____ avait décidé de pratiquer une radiographie du coude gauche pour s'assurer que l'articulation n'avait pas été blessée. Le traitement physiothérapeutique des cervicales avait fait disparaître l'ensemble des douleurs aux coudes et aux trapèzes, qui ne lui étaient pas connues avant le 17 septembre 2017. A l'appui de ses allégations, l'assurée a notamment produit un courrier du 16 juillet 2018 dans lequel D. _____, physiothérapeute, déclarait avoir suivi l'intéressée en physiothérapie du 6 novembre 2017 au 25 juin 2018 soit 26 séances de physiothérapie. La récupération était très bonne et la thérapie manuelle avait permis d'atteindre les objectifs de normalisation du tonus musculaire avec un gain d'amplitude articulaire et une diminution des douleurs.

b) Dans sa réponse du 10 octobre 2018, Mutuel a indiqué que les troubles pour lesquels l'assurée avait consulté dès le 18 décembre 2017 n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 17 septembre 2017.

Renvoyant pour le surplus à la décision attaquée, elle a conclu au rejet du recours.

c) A l'appui de sa réplique du 27 octobre 2018, J._____ a produit un courrier de la Dresse V._____ daté du même jour, dans lequel elle indiquait qu'en raison des douleurs présentées par sa patiente au niveau de la colonne cervicale, de l'épaule et du coude, elle avait décidé de prolonger le traitement de physiothérapie le 23 janvier 2018 (coude et nuque) et les 20 et 29 mars 2018 pour le traitement de son trapèze. L'assurée a ainsi une nouvelle fois demandé que Mutuel prenne en charge le coût de son traitement de physiothérapie depuis le 18 décembre 2017 par 960 francs.

d) Dupliquant en date du 26 novembre 2018, Mutuel a relevé que les investigations menées, plus particulièrement l'IRM cervicale du 13 novembre 2017 et la radiographie du coude du 13 décembre 2017, ne faisaient pas état de séquelles post-traumatiques ni d'aucune lésion traumatique. Elles n'avaient mis en évidence que des troubles d'origine malade, aussi bien au niveau des cervicales que du coude. Les explications de l'assurée et les pièces produites ne permettaient pas de mettre en doute l'appréciation motivée du Dr G._____ ; elles attestaient de la présence de douleurs nécessitant un traitement de physiothérapie, mais ne suffisaient pas à établir une relation de causalité entre ces douleurs et l'accident du 17 septembre 2017.

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 (art. 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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1

LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

c) Compte tenu des conclusions de la recourante tendant à la prise en charge par Mutuel des séances de physiothérapie du 18 décembre 2017 au 25 juin 2018 par 960 fr., il apparaît que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs. Partant, la présente cause relève de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 17 décembre 2017, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 17 septembre 2017 et les troubles persistants.

3. a) 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 et les arrêts cités).

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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2).

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 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

c) 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 réduites 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références citées).

4. a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) A la suite de l'accident du 17 septembre 2017, il est établi que la recourante a présenté une contusion faciale ayant entraîné des douleurs cervicales persistantes, le tout dans le contexte d'un éventuel traumatisme crânien simple. Ultérieurement, elle s'est plainte de douleurs au coude gauche.

aa) Il ressort des radiographies de la colonne cervicale du 31 octobre 2017 que, hormis la suspicion d'une entorse cervicale au niveau interfacettaire C5-C6, il n'y avait pas de fracture décelable. Quant à l'IRM

cervicale du 13 novembre 2017, elle a mis en évidence des troubles statiques avec une cyphose cervicale mais sans signes de séquelles post-traumatiques.

bb) Les radiographies du coude gauche pratiquées le 13 décembre 2017 ont révélé une épicondylite sans toutefois qu'une anomalie radiologique ne puisse lui être associée. A cela s'ajoutait la présence de trois petites ossifications. Il n'y avait toutefois pas de déformation traumatique visible des structures osseuses.

b) En l'occurrence, il est établi que la recourante n'a pas subi de lésion structurelle ou neurologique, ni de blocage cervical aigu, à la suite de l'accident assuré. Cette constatation est unanimement partagée par tous les médecins consultés. Mise à part la persistance d'une douleur à la palpation du trapèze au niveau paravertébral cervical droit ainsi qu'au niveau du coude gauche, l'état de la recourante est décrit sans pathologies identifiables, en particulier aussi sans limitation fonctionnelle du rachis cervico-dorsal ou du coude gauche. Certes, la Dresse V. _____ qualifie les douleurs dont se plaint la recourante de nuccalgies « post-traumatiques », ajoutant qu'elle présentait des douleurs persistantes au niveau du coude alors qu'elle n'avait jamais souffert d'épicondylite avant l'accident du 17 septembre 2017. A la lecture de ses considérations médicales, on doit toutefois constater que l'argument principal mis en avant est le fait que les douleurs sont apparues après l'accident et qu'elles n'ont pas entièrement disparu depuis lors malgré les traitements entrepris. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie sur la base de ce seul élément (cf. TF 8C_400/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.2). Cela revient en effet à se fonder sur le principe *post hoc ergo propter hoc* lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid 2b/ bb). Au demeurant, les conclusions du Dr G. _____ ne sont pas contredites par la Dresse V. _____, qui posait la stabilisation du cas et la fin du traitement pour le mois d'octobre 2017. En l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr G. _____, selon lesquelles l'effet délétère de l'accident est à considérer comme

éteint trois mois après sa survenance, c'est à juste titre que l'intimée a supprimé le droit de la recourante aux prestations de l'assurance-accidents dès le 18 décembre 2017.

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

7. La procédure étant en principe gratuite (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 (art. 61 let. g LPGA).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 6 juillet 2018 par Mutuel Assurances SA est confirmée.

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

Le juge unique :

Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Mme J. _____,
- Mutuel Assurances SA,
- 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).

Le greffier :