

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 20 septembre 2019

Composition : Mme BERBERAT, présidente
MM. Berthoud et Gutmann, assesseurs
Greffier : M. Klay

Cause pendante entre :

D._____, à [...], recourante, représentée par Me Florence Bourqui,
avocate auprès d'Inclusion Handicap, à Lausanne,

et

B._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1, 36 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. D. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'assistante socio-éducative à 82 % pour le compte de la ville de [...] depuis le 10 mars 2008. A ce titre, elle était assurée auprès de B. _____ SA (ci-après : B. _____ ou l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels.

Par déclarations d'accident des 21 et 29 août 2017, l'employeur de l'assurée a annoncé un accident dont avait été victime cette dernière le 16 août 2017. Dans le cadre de son travail, elle construisait une cabane en forêt avec des enfants. Un enfant avait posé sans autorisation une « grosse branche » sur la cabane. Cette « grosse branche » était retombée sur la tête de l'intéressée d'une hauteur de 1,75 mètre alors qu'elle était accroupie dans ladite cabane, ce qui avait provoqué un hématome.

Une incapacité de travail de 100 % a été reconnue à l'assurée du 23 août au 1^{er} septembre 2017 et du 7 septembre au 8 octobre 2017, de 50 % du 9 au 24 octobre 2017, de 100 % du 25 octobre au 5 novembre 2017, de 50 % du 6 novembre 2017 au 31 mai 2018, puis de 60 % dès le 1^{er} juin 2018. L'intéressée a bénéficié de séances d'ostéopathie et de physiothérapie.

Dans un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) cérébrale du 24 août 2017, le Dr G. _____, spécialiste en radiologie, a conclu qu'elle était dans les limites de la norme compte tenu de l'âge et, en particulier, a constaté l'absence de stigmates d'hémorragie intracrânienne décelables.

Le 31 août 2017, la Dre T. _____, médecin praticien, a mentionné des céphalées et cervicalgies secondaires à un traumatisme crânien, l'absence de perte de connaissance, ainsi qu'une IRM cérébrale

normale. Elle estimait que le traitement serait probablement terminé dans quatre semaines.

Aux termes d'un rapport de radiographies de la colonne cervicale face/profil du 7 septembre 2017, le Dr G._____ a conclu à des altérations dégénératives débutantes du rachis cervical en C5-C6 et à une discrète scoliose cervicale sinistro-convexe.

Par rapport de radiographies de la colonne dorso-lombaire (face/profil) du 20 septembre 2017, le Dr G._____ a conclu à l'absence de lésion traumatique dorso-lombaire visible et à une anomalie transitionnelle lombo-sacrée asymétrique.

Dans un rapport du 14 novembre 2017, la Dre T._____ a indiqué que l'assurée l'avait consultée la première fois le 18 août 2017, soit 48 heures après le traumatisme crânien, durant lequel il n'y avait pas eu de perte de connaissance. L'intéressée avait indiqué ne pas ressentir de vertiges, ni de nausées, mais un léger ralentissement et des difficultés d'endormissement. L'examen neurologique était normal, sans plaie. On retrouvait à l'examen des contractures cervicales. L'assurée était revenue en consultation le 22 août 2017 devant la persistance de céphalées, sur le vertex pariétale gauche, et des cervicalgies, « insomniantes » depuis le 16 août 2017. Elle signalait alors « des vertiges intermittents depuis traumatisme crânien, pas de vomissements pupilles symétriques réactives, pas de syndrome cérébelleux, pas de syndrome vestibulaire, pas de nystagmus, palpation rochers indolore, pas d'amputation champ visuel, pas de déficit sensitivomoteur, on retrouvait des contractures paracervicales et trapèzes sans limitation mobilité cervicale ». Il persistait des douleurs musculosquelettiques et les traitements mis en œuvre ne la soulageaient pas. L'intéressée décrivait des difficultés de concentration, des vertiges et de la fatigue.

Dans un rapport d'IRM de la colonne cervico-dorsale du 27 novembre 2017, le Dr P._____, spécialiste en radiologie, a décrit une

colonne cervicale avec morphologie normale des corps vertébraux examinés sans fracture ni tassement et a constaté ce qui suit :

« Uncodiscarthrose pluri-étagée. En C5-C6, hernie médiane paramédiane droite récessale droite sans conflit radiculaire frôlant le cordon médullaire mais sans signe de souffrance de ce dernier. En C5-C6, débord disco-ostéophytaire circonférentiel postérieur sans conflit radiculaire ou médullaire. »

Aux termes d'un rapport du 30 novembre 2017, le Dr H._____, spécialiste en médecine physique et réadaptation, qui avait vu l'assurée à sa consultation les 21 et 30 novembre 2017, a posé le diagnostic de traumatisme le 16 août 2017 (réception d'un tronc sur la tête) avec un traumatisme cranio-cérébral léger, une entorse cervicale se manifestant par des cervico-dorsalgies, des troubles sensitifs du membre supérieur gauche et une symptomatologie post-commotionnelle (vertiges, fatigue, troubles du sommeil, troubles visuels, hypoacousie, acouphènes, modification du comportement, etc.). Le diagnostic de syndrome fémoro-patellaire bilatéral modéré a également été évoqué. Ce médecin expliquait qu'actuellement, l'assurée accusait des cervico-dorsalgies pratiquement permanentes, d'intensité fluctuante, associées à des paresthésies initialement permanentes et maintenant intermittentes de l'épaule gauche, des troubles visuels (diplopie ou déformations visuelles), des troubles de la concentration, une sensation de tangage, accentuée lorsqu'elle penchait la tête en avant, des troubles du sommeil, une accentuation de la fatigabilité, d'occasionnels oublis, des acouphènes intermittents à droit de basse fréquence, « une hyperacousie vs une intolérance au bruit », une légère tendance à l'irritabilité, des troubles sensitifs prédominant au membre supérieur gauche et une diminution globale et légère de la force aux membres supérieurs. Dans les suites immédiates de l'accident, elle avait également présenté des gonalgies antérieures, alors qu'elle n'avait pas heurté les genoux. Elle avait aussi transitoirement des épigastralgies et des nausées qu'elle attribuait à la médication. Cliniquement, le Dr H._____ relevait la présence d'un syndrome cervico-dorso-vertébral, associé à des troubles statiques du rachis dorsolombaire dont une scoliose déséquilibrée vers la gauche, associés à l'élicitation de douleurs à la pression des apophyses épineuses

de C3-C4, C7, D5-D8, et en moindre mesure L3-L5. Sur le plan neurologique, l'intéressée présentait une hypoesthésie sur la face dorsale du membre supérieur gauche et une légère asymétrie aux épreuves cérébelleuses en défaveur de la gauche, notamment à l'épreuve index-nez sans asymétrie des réflexes ou de la force. A cela s'ajoutait un syndrome fémoro-patellaire bilatéral modéré. L'assurée avait donc un syndrome cervico-dorso vertébral persistant associé à une symptomatologie post-commotionnelle et à des troubles neurologiques discrets mais suspects d'une « contusion cérébrale vs médullaire cervicale ». Le Dr H. _____ avait par conséquent organisé un complément d'investigation sous forme d'une IRM cervico-dorsale le 27 novembre 2017. Cet examen ne montrait que deux petites hernies discales, paramédiane droite en C5-C6 et médiane D6-D7, sans conflit radiculaire, ni signe de contusion médullaire. Bien que ne montrant pas d'œdème médullaire, une contusion de la moelle restait très suspecte au vu des troubles sensitifs aux membres supérieurs et des gonalgies symétriques apparaissant juste à la suite du traumatisme. Selon ce médecin, quoi qu'il en soit, il n'y avait pas de mesure particulière à envisager pour cela.

A teneur du procès-verbal du 14 février 2018 établi ensuite d'un entretien du 12 février 2018 entre l'assurée et un inspecteur des sinistres de B. _____, l'intéressée avait reçu sur la tête un tronc d'arbre lancé par un enfant le 16 août 2017. Elle n'avait pas eu de perte de connaissance. Actuellement, elle ressentait fréquemment un état de fatigabilité, surtout après la journée de travail, mais pas uniquement. Des maux de tête étaient présents, ainsi que des douleurs au niveau des cervicales et entre les omoplates de manière quasi constante. Elle présentait des sensations régulières de vertiges, une irritabilité, une sensibilité aux bruits et à la foule et un sommeil difficile. L'intéressée a également indiqué ressentir depuis quelques temps des douleurs au niveau des jambes/cuisses et des picotements et fourmillements surtout du côté gauche. Elle avait consulté un ophtalmologue et sa vue avait été corrigée. Malgré cela, elle ressentait encore des troubles de la vision. L'assurée a signé ce procès-verbal.

Dans un rapport du 14 mars 2018, le Dr H._____ a estimé qu'aucune reprise totale de l'activité n'était prévue pour le moment, en raison tant des limitations rachidiennes (manque d'endurance pour les activités professionnelles en lien avec le syndrome cervico-dorso-vertébral) qu'en lien avec la symptomatologie post-commotionnelle, en particulier la fatigue et fatigabilité accrue, les vertiges, les troubles visuels, la phonophobie et les autres symptômes qui s'accroissent avec l'augmentation de la fatigue. Il estimait que, dans une activité adaptée, l'on ne s'attendait pour l'instant pas à une capacité de travail nettement supérieure, toujours au vu des limitations notamment post-commotionnelles susmentionnées.

Aux termes d'un rapport d'IRM du rachis cervico-dorsal du 22 mai 2018, le Dr L._____, spécialiste en radiologie, a conclu à des discopathies dégénératives C4-C5, C5-C6 et T6-T7 sans processus herniaire surajouté ni sténose canalaire ou foraminale, ainsi qu'à l'absence de signe de myélopathie, de signal inflammatoire des structures capsulo-ligamentaires postérieures et de lésion osseuse d'allure évolutive.

Par rapport du 29 mai 2018 ensuite d'un examen du 30 avril 2018, le Dr J._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin-conseil auprès de B._____, a apprécié le cas de l'assurée comme suit :

« Status 9 mois après contusion du vertex, sans perte de connaissance. Développement de céphalées, de vertiges, de troubles de la concentration, d'une fatigabilité, etc.

L'IRM cérébrale, faite une semaine après le traumatisme, n'a pas révélé de lésion organique.

On a suspecté une myélopathie cervico-dorsale. Elle n'a pas été caractérisée, ni sur l'IRM de novembre 2017, ni sur l'IRM actuelle.

Des petites formations herniaires C5-6 et D6-7 furent suspectées sur l'IRM du 27 novembre 2017. Elles ne sont pas d'actualité, l'IRM actuelle démontrant uniquement des discopathies stables, sans autre élément actif (inflammatoire).

Le bilan actuel est rassurant. Les amplitudes cervicales sont préservées. Idem pour la dynamique dorso-lombaire. Il n'y a pas de déficit de la mobilité articulaire. La trophicité musculaire (et la force)

est globalement préservée. La proprioception semble préservée également.

Au final, persistent des plaintes assez peu spécifiques (incluant une hypoesthésie du MSG [membre supérieur gauche] et MIG [membre inférieur gauche] sans respect des dermatomes). Je rappelle encore une fois l'absence de lésion structurelle, susceptible d'être d'origine traumatique, sur l'IRM cérébrale et les IRMs cervico-dorsales, pouvant rendre compte de ce tableau subjectif.

Un traumatisme crânien, en l'occurrence simple (sans complications/lésion avérée), cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours, au maximum après quelques semaines. Même en cas de perte de connaissance de brève durée, les éléments objectifs font foi (dans le cadre de la LAA), le délai admissible pour atteindre le status quo ante/sine étant de 3-6 mois. Dans le cas présent, je n'ai pas d'argument probant pour repousser cette limite. »

Le 20 juin 2018, le Dr H._____, a posé les diagnostics d'entorse interne/externe de cheville gauche le 13 juin 2018, de traumatisme de l'avant-bras droit et du pied droit il y a 2-3 semaines (fasciite plantaire droite), de syndrome fémoro-patellaire bilatéral modéré et de traumatisme le 16 août 2017 (réception d'un tronc sur la tête) avec un traumatisme cranio-cérébral léger, une entorse cervical se manifestant par des cervico-dorsalgies, des troubles sensitifs du membre supérieur gauche, une symptomatologie post-commotionnelle (vertiges, fatigue, troubles du sommeil, troubles visuels, phonophobies, acouphènes, modification du comportement, irritabilité, etc.) et une probable contusion médullaire avec notamment douleurs neurogènes aux deux cuisses.

Le Dr H._____ a mentionné les mêmes diagnostics par rapports des 22 juin, 4 juillet, 24 et 29 août 2018. Le 22 juin 2018, il indiquait que l'assurée assumait son emploi à 60 % de capacité de travail effectif, mais relatait néanmoins une accentuation depuis trois semaines de la tension musculaire cervico-scapulaire, des céphalées, de la fatigue et « du manque du mot ». Il constatait cliniquement une réduction modérée de la mobilité cervicale, surtout en flexion-extension, ainsi que la présence d'une hypertonie modérée des scalènes et de la musculature paravertébrale des deux côtés. Le 4 juillet 2018, il expliquait que l'intéressée avait augmenté son taux de travail à 70 % et que la situation s'était à nouveau améliorée depuis la dernière consultation, même si

l'assurée avait quand même davantage de céphalées et de troubles mnésiques ces temps. Cliniquement, la mobilité cervicale s'était encore améliorée. Il persistait toutefois une légère hypertonie de la musculature paravertébrale des deux côtés et des douleurs modérées à la palpation des apophyses épineuses et dorsales hautes. Le 24 août 2018, le Dr H. _____ a précisé que l'assurée avait repris son emploi au 100 % de son taux habituel, soit au taux de 82 %, le 13 août 2018. Cliniquement, la mobilité du rachis cervical était relativement conservée en rotation et inclinaison latérale droite-gauche alors qu'elle était légèrement limitée en extension comparativement à l'examen précédent. Le médecin retrouvait en outre une légère hypertonie de la musculature paravertébrale cervicale des deux côtés et une hypertonie légère dorsolombaire bilatérale modérée. Cependant, l'intéressée présentait une exacerbation de ses rachialgies et d'une fatigue dont l'origine n'était pas claire. Il pouvait s'agir d'une virose ou du stress liés à la reprise professionnelle à son taux habituel. Compte tenu de l'état de fatigue actuel de l'assurée, le Dr H. _____ l'a mise en arrêt de travail du 22 août au 28 août 2018. Le 29 août 2018. Ce médecin a indiqué que l'intéressée s'était reposée et se sentait mieux, même si elle n'avait pas récupéré son état de santé antérieur. Cliniquement, la mobilité du rachis cervical était discrètement meilleure. Il persistait toujours des douleurs à la pression des apophyses épineuses à la jonction cervico-dorsale ainsi qu'en D6-D7. Compte tenu de cette évolution, le Dr H. _____ a prescrit une reprise de l'activité professionnelle à 50 % effectifs dès le 29 août 2018.

Par décision du 13 septembre 2018, B. _____ a mis fin au versement de ses prestations au 30 avril 2018, date de l'examen effectué par le Dr J. _____. En effet, les atteintes invoquées par l'assurée ne pouvaient plus être attribuées avec vraisemblance à l'accident du 16 août 2017 dès le 1^{er} mai 2018.

Le 8 octobre 2018, l'intéressée, représentée désormais par Me Bourqui, s'est opposée à cette décision.

Aux termes d'un rapport du 16 novembre 2018, le Dr H. _____ a expliqué ce qui suit (*sic*) :

« Votre demande porte sur 2 aspects :

- a) Le délai admissible pour atteindre le statu quo ante/sine après entorse cervicale
- b) Le délai admissible pour atteindre le statu quo ante/sine après traumatisme crânio-cérébral léger quant au syndrome post-commotionnel

a) En préambule, je relève que le Dr J. _____ ne se prononce pas spécifiquement sur le délai admissible pour l'atteinte du statu quo ante/sine après entorse cervicale.

Sur ce plan, Mme D. _____ ne présente pas de lésion osseuse ou ligamentaire objectivable, mais des douleurs persistantes à la jonction cervico-dorsale, avec un syndrome cervico-vertébral fluctuant en intensité, actuellement relativement modéré. Dans les cas de traumatisme par « whiplash » (coup du lapin), en l'absence de lésion objectivable, la jurisprudence reconnaît habituellement un délai allant jusqu'à 6 mois post-traumatisme avant d'atteindre le statu quo ante/sine, même si cela ne correspond pas à l'ensemble des personnes victimes d'un tel traumatisme, dont certaines gardent des rachialgies dépassant ce délai même sans autre facteur potentiel de pérennisation des douleurs (ex : facteurs psychologiques, sociaux, économiques, etc.).

Dans le cas de Mme D. _____ l'on ne se trouve pas dans cette situation, puisqu'il ne s'agit pas d'un traumatisme par « coup du lapin », mais par choc direct sur le crâne, avec atteinte de la jonction cervico-dorsale. Outre une entorse des ligaments cervicaux, un tel traumatisme comprend aussi un traumatisme compressif dans l'axe du rachis ayant des répercussions sur les corps vertébraux et/ou les disques intervertébraux. Un tel traumatisme peut donc engendrer aussi une protrusion ou une hernie discale, voire une fracture vertébrale.

Les IRM cervicales des 27.11.2017 et 22.05.2018 ne montrent pas de fracture ni de déchirure ligamentaire [ce qui n'exclut évidemment pas des distensions ligamentaires], mais des protrusions discales C4-C5, C5-C6, D6-D7, sans conflit radiculaire. Sur une IRM dorso-lombaire du 02.10.2015 on retrouve une discrète protrusion du disque D6-D7, mais moindre qu'en 2017 et 2018. Il y a donc eu une accentuation de cette protrusion dorsale entre 2015 et 2017. Il n'existe en revanche pas d'examen radiologique comparatif (antérieur) au niveau cervical.

Une protrusion discale peut occasionner des rachialgies locales même sans conflit radiculaire associé. Chez Mme D. _____ les 2 zones présentant des protrusions discales (jonction cervico-dorsale et D6-D8) correspondent justement aux zones rachidiennes relevées comme douloureuses chez Mme D. _____ à tous les examens physiques, tant du Dr J. _____ que des miens.

Ainsi, au vu de l'importance du traumatisme subi [NB : réception sur la tête d'un tronc et non d'une branche, comme mentionné dans un courrier de l'assureur], de l'évolution des symptômes, des constats cliniques et de l'absence d'éléments évocateurs

d'une exagération ou de facteurs étrangers au traumatisme dans les symptômes et troubles présentés par Mme D._____, j'estime comme probable que cette dernière souffre encore maintenant des séquelles du traumatisme rachidien subi le 16.08.2017.

- b) Quant à la durée admissible de syndrome post-commotionnel après traumatisme crânio-cérébral léger, les données scientifiques rapportent des taux de syndrome chronique (au-delà de 6 mois) variables, fluctuant entre 10 et 90%. La réalité se situe vraisemblablement aux alentours de 50%. Quoi qu'il en soit, il convient d'admettre qu'au minimum 10-20% des victimes de traumatisme crânio-cérébral (TTC) léger gardent un syndrome post-commotionnel au long cours des suites directe de leur traumatisme. Par ailleurs, lorsque les symptômes sont encore présents à 6 mois du TTC, ils ont tendance à persister au-delà de 5-10 ans, parfois avec une intensité moindre.

Certains auteurs estiment qu'une partie de ces symptômes, étant peu spécifiques, peuvent être attribués à d'autres facteurs tels qu'état dépressif ou exagération dans l'attente d'une réparation (financière ou autre). Ils mettent en avant des facteurs non organiques favorisant la chronicisation de ces symptômes, dont les litiges asséculo-logiques ou professionnels, des antécédents de traumatismes psychiques, des douleurs, une dépression. Même si ces facteurs peuvent influencer l'intensité des symptômes persistants, il convient aussi de souligner qu'il peut exister un biais dans ces constats, dans la mesure où un certain nombre de conflits asséculo-logiques et/ou avec l'employeur résultent de la chronicité des symptômes plutôt qu'ils ne représentent des facteurs favorisant.

Quoi qu'il en soit, dans le cas de Mme D._____ je ne relève pas d'antécédents de troubles psychiatriques ni de maltraitances, pas de conflit professionnels ou asséculo-logiques (s'il devait en exister de par l'arrêt de remboursement des prestations liées à l'accident, l'on ne pourrait les évoquer comme origine de la durée des symptômes post-commotionnels dans la mesure où ils n'interviendraient que dans la prise de position actuelle de l'assurance). Le Dr J._____ n'en évoque d'ailleurs pas davantage de son côté.

Je n'ai de plus relevé à aucune de mes consultations - ni à celle du Dr J._____ -, des signes de majoration des symptômes ou de simulation.

Les symptômes que présente Mme D._____ étant caractéristiques d'un syndrome post-commotionnel, survenant dans les suites directes d'un traumatisme adéquat par rapport aux symptômes présentés, remplissant pleinement les critères du DSM IV ou de la CIM pour ce diagnostic, sans autre facteur pouvant expliquer leur chronicisation, je n'ai quant à moi aucun argument me permettant d'évoquer un autre diagnostic que le syndrome post-commotionnel. Ce diagnostic sous sa forme persistante ici ne fait ainsi aucun doute au soussigné dans son expérience (de plus de 20 ans [dont plus de 10 ans comme chef de clinique en neuroréhabilitation au Centre hospitalier [...]]) en neuroréhabilitation. »

Le 30 novembre 2018, l'assurée, par son conseil, a maintenu son opposition, en se référant au rapport du Dr H. _____ du 16 novembre 2018.

Dans un rapport complémentaire du 29 décembre 2018, le Dr J. _____ a fait suite au rapport du Dr H. _____ du 16 novembre 2018 en expliquant ce qui suit (*sic*) :

« Une contusion cervicale cesse généralement de déployer ses effets après quelques jours, au maximum après 4-6 semaines.

Un prolongement de ce délai peut être admis en fonction de l'importance du traumatisme, éventuellement en présence de troubles dégénératifs, qui peuvent être responsables d'une fragilité tissulaire accrue et partant, ralentir le processus de récupération fonctionnelle.

En tout, le délai maximal pour qu'un traumatisme de faible, ou de moyenne, importance cesse de déployer ses effets délétères est de 3-6 mois.

Sans preuve indiscutable (appréciable sur des examens radiologiques) d'une lésion structurelle aiguë et d'envergure (déchirure ligamentaire, fracture, luxation, déchirure tendino-musculaire complexe, etc.), lésion susceptible de faire valoir un traumatisme à haute énergie en date du 16 août 2017, je n'ai pas d'arguments pour prolonger encore ledit délai chez Mme D. _____, délai de 3-6 mois (délai qui éventuellement être repoussé au 30 avril 2018, date de l'examen MC [médecin-conseil]).

En ce qui concerne les zones douloureuses dont fait état le Dr H. _____, je rappelle que les clichés initiaux, voire le bilan plus extensif de novembre 2017, ou encore celui de mai 2018, n'ont montré que des troubles dégénératifs, pour certains déjà connus.

Ces troubles ne démontrent pas un potentiel évolutif inhabituel, dépassant de façon démesurée l'évolution naturelle de discopathies non inflammatoires ou dégénératives.

La symptomatologie douloureuse en zone C4-D1 et en zone D7-10, présente au-delà des 3-6 mois précités (voire du 30 avril 2018) est ainsi à mettre sur le compte des troubles dégénératifs sous-jacents.

A moins qu'une entité nosologique extra-anatomique (donc également extra-traumatique) ne vienne jouer un rôle, entité qui pourrait aussi expliquer les disesthésies scapulo-huméro-brachiales gauches, voire l'hypoesthésie de l'ensemble du membre supérieur gauche et de l'ensemble du membre inférieur gauche, sans respect des dermatomes, troubles finalement peu spécifiques. Entité qui pourrait aussi rendre compte des doléances douloureuses des membres inférieurs !

Je n'ai pas de commentaire complémentaire particulier à apporter concernant l'appréciation du supputé traumatisme carnio-cérébral, encore une fois léger.

Les éléments épidémiologiques que fait valoir le Dr H. _____ ne permettent pas d'apporter des éléments objectifs probants susceptibles d'expliquer la prolongation (là aussi au-delà d'un délai de 3-6 mois), parfois ad eternam, des plaintes chez une minorité des patients ayant subi un TCC [traumatisme cranio-cérébral] léger, sans lésion organique appréciable. Il rappelle cependant la possibilité que ces plaintes puissent refléter des contextes non organiques.

Je rappelle que l'IRM cérébral réalisée dans les jours qui ont suivi le traumatisme n'a montré aucune lésion organique.

Dans ces conditions je n'ai pas d'argument pour revenir sur mes conclusions du 29 mai 2018. »

Aux termes d'une décision sur opposition du 6 février 2019, B. _____ a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a considéré que les différents examens spécialisés des différentes parties du corps touchées lors de l'accident n'avaient mis en évidence aucune lésion traumatique fraîche qui aurait pu être imputable audit événement. En outre, les rapports du Dr J. _____ devaient se voir reconnaître une pleine valeur probante. En définitive, les troubles de l'assurée n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 16 août 2017.

B. Par acte du 5 mars 2019, D. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, en concluant à son annulation et au renvoi du dossier à l'intimée pour instruction complémentaire et mise en œuvre d'une expertise médicale, puis nouvelle décision. En substance, elle a fait valoir qu'une valeur probante ne pouvait être reconnue aux avis du Dr J. _____. Celui-ci s'était en effet contenté de déterminer s'il y avait des raisons de ne pas retenir que le *statu quo sine vel ante* était atteint après 3 à 6 mois, sans pour autant établir concrètement la situation médicale de la recourante. Contrairement au Dr J. _____, le Dr H. _____ avait examiné toutes les hypothèses et avait expliqué en détail l'origine traumatique de certains troubles, d'une part, et les raisons pour lesquelles le syndrome post-commotionnel était encore présent, d'autre part. Compte tenu de ces rapports divergents, l'intimée se devait de mettre en œuvre une expertise

médicale. Cette obligation était en outre renforcée par le traumatisme cranio-cérébral présenté par l'intéressée ensuite de l'accident.

Le 30 avril 2019, l'intimée a répondu et conclu au rejet du recours. Elle a maintenu sa position et a ajouté que l'accident du 16 août 2017 était un accident de peu de gravité au sens de la jurisprudence, de sorte qu'un lien de causalité adéquate entre les troubles de l'intéressée et ledit accident devait être nié.

Dans une réplique du 20 mai 2019, la recourante a maintenu sa position.

Cette réplique a été adressée à l'intimée pour information le 21 mai 2019.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 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.

2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une

manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1).

b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 30 avril 2018, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident incriminé et la symptomatologie affectant l'intéressée après cette date.

c) Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, sont applicables au cas d'espèce. En effet, selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), seules les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont encore régies par l'ancien droit.

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. 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/aa) 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les réf. cit.).

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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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_441/2017 précité consid. 3.1).

bb) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et réf. cit.). 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).

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 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, 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_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et réf. cit.).

Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, 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 (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.).

d/aa) 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). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examens radiologiques ou d'examens par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et réf. cit.).

Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations 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 (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et réf. cit.). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des

mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

Ainsi, une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 et réf. cit. ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

Une telle 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. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss* » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et réf. cit.).

bb) 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 crano-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359).

i) Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue,

irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1^{er} février 2010 consid. 6.1 et réf. cit.). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b).

ii) Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et réf. cit. ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

Dans le cadre du premier cas de figure, la méthode spécifique instaurée par la jurisprudence pour examiner le lien de causalité adéquate impose d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer les critères objectifs - dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif - formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1) :

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

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2)

4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur

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 plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

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 réf. cit. ; 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. En l'espèce, il est constant que la recourante a été victime d'un accident le 16 août 2017. L'intimée a pris en charge les conséquences de cet accident jusqu'au 30 avril 2018.

a) Il est également constant que l'intéressée a présenté dans les suites de cet événement des douleurs cervicales (cf. notamment rapport des 31 août et 14 novembre 2017 de la Dre T._____). Le

Dr H._____ a ensuite évoqué aussi des douleurs dorsales, des troubles sensitifs du membre supérieur gauche (cf. rapport du 30 novembre 2017), ainsi qu'une probable contusion médullaire avec notamment des douleurs neurogènes aux deux cuisses (cf. rapport du 20 juin 2018 ; également déclarations de la recourante ressortant du procès-verbal du 14 février 2018).

Sur la base des radiographies au dossier, le Dr J._____ a estimé que l'accident n'avait pas entraîné de lésions traumatiques (cf. rapports des 16 novembre et 29 décembre 2018). En effet, le Dr G._____ a conclu une semaine après l'accident à une IRM cérébrale dans les limites de la norme compte tenu de l'âge et, en particulier, à l'absence de stigmates d'hémorragie intracrânienne décelables (cf. rapport du 24 août 2017). Ce même médecin a constaté le 7 septembre 2017 des altérations dégénératives débutantes du rachis cervical en C5-C6 et une discrète scoliose cervicale sinistro-convexe (cf. rapport du 7 septembre 2017). Le 20 septembre 2017, il a mentionné l'absence de lésion traumatique dorso-lombaire visible et une anomalie transitionnelle lombo-sacrée asymétrique (cf. rapport du 20 septembre 2017). Le 27 novembre 2017, le Dr P._____ a décrit une morphologie normale des corps vertébraux examinés sans fracture ni tassement et a conclu à une uncodiscarthrose pluri-étagée, à une hernie médiane paramédiane droite récessale droite en C5-C6 sans conflit radiculaire frôlant le cordon médullaire mais sans signe de souffrance de ce dernier, ainsi qu'à un débord disco-ostéophytaire circonférentiel postérieur en C5-C6 sans conflit radiculaire ou médullaire (cf. rapport du 27 novembre 2017). Enfin, le 22 mai 2018, le Dr L._____ a relevé la présence de discopathies dégénératives C4-C5, C5-C6 et T6-T7 sans processus herniaire surajouté ni sténose canalaire ou foraminale, ainsi que l'absence de signe de myélopathie, de signal inflammatoire des structures capsulo-ligamentaires postérieures et de lésion osseuse d'allure évolutive (cf. rapport du 22 mai 2018).

Le Dr H._____, s'il a reconnu que la recourante ne présentait pas de lésion osseuse ou ligamentaire objectivable, a objecté qu'elle avait

des douleurs persistantes à la jonction cervico-dorsale, avec un syndrome cervico-vertébral fluctuant en intensité, actuellement relativement modéré. Selon ce médecin, le traumatisme de l'intéressée - à savoir un choc direct sur le crâne, avec atteinte de la jonction cervico-dorsale -, outre une entorse des ligaments cervicaux, comprenait aussi un traumatisme compressif dans l'axe du rachis ayant des répercussions sur les corps vertébraux et/ou les disques intervertébraux. Un tel traumatisme pouvait donc engendrer aussi une protrusion ou une hernie discale, voire une fracture vertébrale. Par ailleurs, les IRM cervicales des 27 novembre 2017 et 22 mai 2018 avaient montré des protrusions discales C4-C5, C5-C6 et D6-D7 sans conflit radiculaire. Le Dr H._____ a ajouté qu'on retrouvait certes sur une IRM dorso-lombaire du 2 octobre 2015 une discrète protrusion du disque D6-D7, mais moindre qu'en 2017 et 2018, de sorte qu'il y avait eu une accentuation de cette protrusion dorsale entre 2015 et 2017. Il n'existait en revanche pas d'examen radiologique comparatif (antérieur) au niveau cervical (cf. rapport du 16 novembre 2018).

Les explications du Dr H._____ ne sauraient cependant convaincre de la présence d'une lésion traumatique. Ainsi qu'il l'a concédé, la recourante présentait un état dégénératif de la colonne vertébrale antérieur à l'accident du 16 août 2017. Il a en effet évoqué une discrète protrusion du disque D6-D7 ressortant d'une IRM dorso-lombaire du 2 octobre 2015, non présente au dossier. Cette atteinte dégénérative a à nouveau été constatée par le Dr L._____ en 2018 (cf. rapport du 22 mai 2018). Ce médecin a également évoqué des discopathies dégénératives C4-C5 et C5-C6, la seconde ayant déjà été relevée par le Dr G._____ en septembre 2017 (cf. rapport du 7 septembre 2017). Force est ainsi de constater l'existence uniquement d'atteintes dégénératives, à l'exclusion de toute lésion traumatique objectivée. Les radiologues n'ont en particulier pas décelé de tassement des vertèbres, ni d'apparition ou d'agrandissement de lésions après le traumatisme (cf. rapport du Dr P._____ du 27 novembre 2017 ; cf. consid. d/aa *supra*).

Au surplus, ainsi que l'a relevé que le Dr J.____ (cf. rapport du 29 mai 2018), si une myélopathie cervico-dorsale ainsi que de petites formations herniaires C5-6 et D6-7 avaient été suspectées, elles ont pu être écartées par la suite (cf. en particulier le rapport du 22 mai 2018 du Dr L.____). De toute manière, même si la recourante présentait une hernie discale, force serait de considérer qu'une origine traumatique de cette atteinte pourrait difficilement être retenue, compte tenu de la jurisprudence précitée (cf. consid. d/aa *supra*) et eu égard en particulier au fait que l'accident incriminé ne saurait revêtir l'importance nécessaire, l'intéressée n'ayant notamment subi aucune perte de connaissance (cf. notamment rapport du 31 août 2017 de la Dre T.____). En outre, contrairement à ce qu'a soutenu le Dr H.____ dans son rapport du 16 novembre 2018, il est rappelé que la présence de douleurs ne permet pas de justifier l'existence d'une atteinte d'origine accidentelle (interdiction du raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; cf. consid. 3b/aa *supra*), et que la simple possibilité pour un accident d'entraîner des atteintes traumatiques ne sauraient prouver leur survenance au stade de la vraisemblance prépondérante. Enfin, dans le cadre de la suppression du droit aux prestations accordées dans un premier temps pour les suites de l'accident incriminé, l'intimée n'avait pas à apporter la preuve de facteurs étrangers à l'accident, ni la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsistait encore ou que la recourante était désormais en parfaite santé (cf. consid. 3c *supra*).

Partant, constatant l'absence de lésion traumatique et conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. d/aa *supra*), le Dr J.____ a considéré qu'en ce qui concernait une aggravation des atteintes dégénératives du fait de l'événement incriminé, le *statu quo sine vel ante* était atteint au plus tard le 30 avril 2018, soit plus de huit mois après l'accident du 16 août 2017. Rien au dossier ne justifie de s'écarter de cette conclusion du Dr J.____, de sorte qu'il convient de lui reconnaître une pleine valeur probante et de s'y rallier.

b) La recourante soutient également avoir présenté un syndrome post-commotionnel ensuite de l'accident du 16 août 2017.

Compte tenu de ce qui précède (cf. consid. 5a *supra*), la question se pose ainsi de savoir si l'on se trouve face à un événement ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable (cf. consid. 3d/bb *supra*).

aa) Il est constaté que l'intéressée s'est rapidement plainte ensuite de l'accident de céphalées, de cervicalgies (cf. rapport du 31 août 2017 de la Dre T._____) d'un léger ralentissement et de difficultés d'endormissement, puis après quelques jours des vertiges, de difficultés de concentration et de fatigue (cf. rapport du 14 novembre 2017 de la Dre T.____). Le Dr H._____ a ensuite rapporté également des troubles visuels, une hypoacousie, des acouphènes, une modification du comportement et une irritabilité (cf. rapport du 30 novembre 2017).

Cela étant, la question de l'existence d'une relation de causalité naturelle entre l'accident et un traumatisme crânio-cérébral peut en l'occurrence être laissée ouverte (cf. consid. 3d/bb/i *supra*), dans la mesure où une relation de causalité adéquate doit de toute manière être niée, ainsi que développé ci-dessous (cf. consid. 5b/bb *infra*).

bb) En l'espèce, les symptômes invoqués par la recourante peuvent être attribués au tableau clinique typique des traumatismes concernés. Il y a cependant lieu de constater que l'intéressée ne discute aucunement des critères développés par la jurisprudence pour apprécier la causalité adéquate dans ce cas de figure (cf. consid. 3d/bb/ii *supra*), alors que l'intimée a nié l'existence d'une telle causalité adéquate dans sa réponse du 30 avril 2019.

A cet égard, un tronc d'arbre est tombé sur la tête de la recourante d'une hauteur inférieure à deux mètres, alors qu'elle était dans une cabane en forêt. Elle n'a pas perdu connaissance (cf. notamment rapports des 31 août et 14 novembre 2017 de la Dre T.____). Aucune lésion n'a été constatée par les médecins. Partant, l'événement du

16 août 2017 doit être classé au maximum comme un accident de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité.

Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'accident n'a été ni particulièrement dramatique, ni particulièrement impressionnant. Les lésions ont été inexistantes. Le traitement par ostéopathie et par physiothérapie et la médication prise n'ont été ni spécifiques, ni pénibles. Il n'y a pas eu d'erreur médicale et il n'a existé ni difficultés, ni complications importantes. L'incapacité de travail ne saurait être qualifiée d'importante dans la mesure où l'intéressée a été capable de reprendre son activité à 50 % de manière pérenne dès le 6 novembre 2017, soit environ trois mois après l'accident, puis de l'augmenter progressivement, excepté l'incapacité de travail totale entre le 22 et le 28 août 2018 qui n'est pas déterminante en l'espèce au vu de sa courte durée. Enfin l'intensité des douleurs est alléguée mais difficilement objectivable (cf. consid. 5a *supra*) et il convient de toute manière de la relativiser dans la mesure où l'intéressée a néanmoins été capable de reprendre rapidement son activité à temps partiel.

Partant, au regard de l'ensemble des circonstances, aucun des critères définis par la jurisprudence n'est rempli. On ne saurait ainsi considérer que l'accident du 16 août 2017 est la cause adéquate des troubles dont se prévaut l'intéressée et qui relèvent d'un syndrome post-commotionnel, sans substrat organique.

c) Compte tenu de ce qui précède, l'intimée était dès lors légitimée à considérer, sur la base des rapports du Dr J._____, que le *statu quo sine vel ante* était atteint au plus tard le 30 avril 2018 et ainsi à mettre fin au versement de prestations à cette date pour les suites de l'accident du 16 août 2017.

6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée 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).

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

- I.** Le recours est rejeté.

- II.** La décision sur opposition rendue le 6 février 2019 par B. _____ SA est confirmée.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- Me Florence Bourqui (pour la recourante)
- B._____ 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 :