

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 12 mai 2020

---

Composition : Mme BRÉLAZ BRAILLARD, présidente

Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges

Greffière : Mme Raetz

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à [...], recourante, représentée par Me Sara Giardina, avocate à Nyon,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à Lucerne, intimée.

---

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

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

**A.** Q. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait en qualité d'enseignante à 100 % dans le canton de [...]. A ce titre, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 29 septembre 2017, à 7 h 30, alors que l'assurée se trouvait au volant de sa voiture sur l'autoroute, la colonne de véhicules devant elle a freiné brusquement. Elle a freiné puis arrêté son véhicule. Elle avait le pied sur le frein lorsque la voiture qui la suivait l'a emboutie par l'arrière. Elle a lâché le frein lors du choc, puis l'a repris pour ne pas tamponner le véhicule devant elle. L'assurée et le conducteur fautif se sont rangés sur le bas-côté et celui-ci a tout de suite reconnu ses torts (cf. déclaration d'accident du 3 octobre 2017 destinée à l'Office du personnel du canton de [...], déclaration de sinistre LAA du 13 octobre 2017 et formulaire du 28 février 2018 de la CNA).

L'assurée a ensuite repris la route. Peu après, elle a commencé à souffrir de la nuque, de vertiges et de faiblesse. Arrivée à son lieu de travail, elle a été conduite à l'H. \_\_\_\_\_ (cf. formulaire du 28 février 2018 précité). La Dre P. \_\_\_\_\_, médecin, a diagnostiqué un trauma cranio-cervical simple. Elle a constaté des douleurs aux apophyses épireuses C4-5-6 avec une contracture musculaire. Elle a ajouté qu'à la radiographie, aucune fracture n'était visualisée, mais une arthrose C4-C6 et une hernie discale C3-L4-C4-L5 étaient mises en évidence (cf. rapport médical initial LAA du 2 novembre 2017). Complétant le formulaire « fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération cranio-cervical », la Dre P. \_\_\_\_\_ a indiqué que la patiente avait eu un choc de la tête contre l'appuie-tête à deux reprises et qu'elle ne s'attendait pas à la collision. Elle s'était plainte de céphalées, de douleurs à la nuque, de vertiges et de nausées. La Dre P. \_\_\_\_\_ a retenu le diagnostic présumé de traumatisme cervical de degré I selon la classification Quebec Task

Force. Elle a prescrit des analgésiques, de la physiothérapie et a attesté une incapacité totale de travail (cf. formulaire complété le 29 septembre 2017).

La CNA a pris le cas en charge.

Dans un rapport du 31 décembre 2017, consécutif à une imagerie par résonance magnétique (IRM) du cerveau et de la colonne cervicale réalisée le 29 décembre 2017, le radiologue a notamment constaté des remaniements osseux dégénératifs de type inflammatoire et graisseux des plateaux vertébraux C4-C5-C6. En conclusion, il a retenu qu'il n'y avait pas de lésion traumatique séquellaire au niveau cérébral et cervical. Il a ajouté qu'une petite anomalie du développement veineux (DVA) au niveau du gyrus frontal supérieur gauche avait été découverte fortuitement. Il a également observé une discopathie C4-C5 avec protrusion discale paramédiane droite venant au contact de la moelle et entraînant une discrète myélopathie du faisceau antéro-latéral droit visible sous la forme d'un discret hypersignal T2.

Dans un rapport médical intermédiaire du 15 janvier 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_, neurologue à l'H.\_\_\_\_\_, a posé le diagnostic de syndrome post-traumatique. L'évolution était stable, sans amélioration ni aggravation, et le pronostic incertain. Le traitement consistait en de la physiothérapie, de l'hypnose médicale et de la psychologie.

Lors d'un entretien du 28 février 2018, l'assurée a décrit à la CNA, outre les troubles précités, qu'elle avait présenté une hypersensibilité au bruit et des sensations sporadiques d'insensibilité du bras droit et de l'hémiface droite dans les heures suivants l'accident. Elle a estimé que ses douleurs et ses troubles actuels étaient à 50 % de ce qu'elle ressentait au début. Elle a ajouté qu'elle ne supportait plus les secousses et les vibrations. Au titre de l'état antérieur, elle a déclaré avoir reçu le couvercle du coffre de sa voiture sur le dessus du crâne alors qu'elle était penchée vers l'avant pour prendre des affaires. Elle avait souffert de vertiges, de troubles de la mémoire et de concentration durant

plusieurs mois. Par ailleurs, elle avait fait un burn out il y a quelques années (cf. formulaire du 28 février 2018 susmentionné).

Dans un rapport du 12 mars 2018, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il fallait s'attendre à la persistance de troubles de la concentration, de douleurs et d'une fatigue. Une reprise du travail était prévue au mois de septembre 2018.

L'assurée a séjourné à la G.\_\_\_\_\_ (G.\_\_\_\_\_) du 2 au 3 juillet 2018. Dans un rapport du 4 juillet 2018, le Dr X.\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie et en médecine interne générale, et le Dr L.\_\_\_\_\_, neurologue, ont retenu le diagnostic de traumatisme cervical indirect correspondant à un degré II de la classification Quebec Task Force. Le pronostic était bon. L'assurée avait déclaré une amélioration de 70 % de ses troubles. Elle parlait elle-même de la reprise de son activité professionnelle à 100 % dès le mois de septembre 2018 grâce à un poste allégé et au système de réserves de carrière. Au plan thérapeutique, elle avait encore recours à plusieurs professionnels de santé, en particulier s'agissant de médecines complémentaires. Il paraissait utile de procéder à une désescalade et l'orienter vers des méthodes actives visant à un certain reconditionnement. En annexe figurait notamment un rapport du 3 juillet 2018 du Dr L.\_\_\_\_\_, relevant un examen neurologique normal, sans évidence de signe d'atteinte radiculaire ni tronculaire, ni signe de souffrance médullaire. La palpation de l'émergence du nerf d'Arnold à droite déclenchait des hémicranies droites, raison pour laquelle un traitement de neuromodulation avait été proposé à l'assurée. Était également joint un rapport du 4 juillet 2018 du Dr N.\_\_\_\_\_, psychiatre à la G.\_\_\_\_\_, excluant une psychopathologie, tout en relevant que l'adaptation psychologique à l'accident et à ses conséquences était vraisemblablement ralentie.

Le 16 juillet 2018, l'assurée a écrit au Dr L.\_\_\_\_\_ que le test d'effort qu'elle avait dû réaliser à la G.\_\_\_\_\_ avait eu un effet négatif sur sa santé.

Dans un rapport du 16 août 2018, la Dre F.\_\_\_\_\_, médecin généraliste traitante de l'assurée, a posé les diagnostics de syndrome post-traumatique et de myélopathie cervicale sur discopathie C4-C5. Elle a attesté une lente amélioration et une reprise du travail à 100 % prévue pour le 23 août 2018, même s'il fallait s'attendre à une persistance de la fatigue, des maux de tête et des douleurs cervicales.

Le 29 octobre 2018, l'assurée a annoncé à la G.\_\_\_\_\_ qu'elle avait repris son travail le 27 août 2018 pendant quatre semaines, avant de rattraper quatre semaines de vacances d'été. Pendant ce mois de travail, les maux de tête, les douleurs dans la nuque, l'oreille et le bras n'avaient pas cessé. Elle devait s'étendre en rentrant du travail. Sa vie avait été bouleversée depuis l'accident.

Le 9 novembre 2018, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et médecin d'arrondissement de la CNA, a indiqué que les séances de physiothérapie ne devaient plus être prises en charge douze mois après le sinistre.

Dans un rapport du 2 février 2019, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a relevé que l'évolution était favorable, avec une reprise du travail à 100 %, même si la situation demeurait fragile.

Le 4 mars 2019, la Dre F.\_\_\_\_\_ a écrit à la CNA qu'il était nécessaire de continuer les séances de physiothérapie et a joint un courrier de la physiothérapeute de l'assurée en ce sens. Le 6 mars 2019, le Dr Z.\_\_\_\_\_ a également demandé une prolongation de la prise en charge de la médecine alternative, la situation de la patiente restant très fragile.

Le 21 mars 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_ a retenu qu'au vu de l'arthrose confirmée par l'IRM, il proposait un retour à l'état antérieur dix-huit mois après l'accident.

Par courrier du 21 mars 2019, la CNA a annoncé à l'assurée qu'elle allait clore le cas au 29 mars 2019 et mettre fin au versement des prestations d'assurance. Elle a expliqué que selon l'appréciation de son médecin d'arrondissement, les troubles qui subsistaient au-delà du 28 mars 2019 n'étaient plus dus à l'accident. L'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvait être considéré comme atteint le 29 mars 2019 au plus tard.

Le 11 avril 2019, l'assurée, par Assista Protection juridique SA, a soutenu qu'elle souffrait toujours d'un syndrome post-traumatique lié à l'accident. Elle a joint une attestation du 9 avril 2019 du Dr Z. \_\_\_\_\_ relevant que les symptômes présents à ce jour étaient en lien avec l'accident du 29 septembre 2017 et qu'il y avait une indication à la poursuite des différentes thérapies.

Dans un rapport du 1<sup>er</sup> mai 2019, le Dr W. \_\_\_\_\_ a exposé que l'évaluation réalisée à la G. \_\_\_\_\_ n'avait pas mis en évidence de nouvelles anomalies par rapport à celles constatées lors de l'IRM du 29 décembre 2017, mais une évolution d'une pathologie cervicale. L'assurée avait une cervicarthrose étagée caractérisée par des pincements intersomatiques multiples de la colonne cervicale. Il était constaté une discopathie C4-C5 avec protrusion discale paramédiane venant au contact de la moelle. Il n'y avait pas de lésion traumatique, pas de signe d'instabilité, ni de conflit disco-radiculaire. La cervicarthrose n'avait pas de lien de causalité avec le sinistre. Celui-ci n'avait pas été à l'origine d'une décompensation déterminante d'un état pathologique préalable. Le retour à l'état antérieur était proposé à la date de sortie de la G. \_\_\_\_\_.

Par décision du 6 mai 2019, la CNA a mis un terme à ses prestations au 28 mars 2019, au motif que les troubles qui subsistaient après cette date n'étaient plus dus à l'accident.

Le 10 mai 2019, l'assurée s'est opposée à cette décision en se prévalant de l'appréciation du Dr Z. \_\_\_\_\_.

Par décision sur opposition du 5 juillet 2019, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. Elle a expliqué que l'attestation du Dr Z. \_\_\_\_\_ n'apportait aucun élément objectif susceptible de remettre en question les conclusions du Dr W. \_\_\_\_\_. D'ailleurs, le Dr Z. \_\_\_\_\_ semblait faire totalement abstraction de la cervicarthrose étagée que présentait l'assurée avant l'accident.

**B.** Par acte du 5 septembre 2019, Q. \_\_\_\_\_, désormais représentée par Me Sara Giardina, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à son annulation et à ce que l'intimée poursuive la prise en charge des traitements et frais médicaux en lien avec l'accident du 29 septembre 2017, subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction sous la forme d'une expertise. Elle a fait valoir qu'aucun médecin ne s'était réellement prononcé sur le premier constat médical consécutif à l'accident, soit une hernie discale C3-C4 et C4-C5 (cf. rapport médical initial LAA du 2 novembre 2017). En outre, le rapport du 27 décembre 2017 consécutif à une IRM faisait mention d'une discopathie C4-C5 avec protrusion discale paramédiane droite venant au contact de la moelle. Les éléments au dossier ne permettaient pas d'expliquer pour quel motif la hernie discale cervicale ne serait pas d'origine traumatique, ni de conclure à une préexistence des protusions (début d'hernies). Même à supposer que la pathologie était préexistante, celle-ci était asymptomatique avant l'accident. Il ne faisait dès lors aucun doute qu'elle souffrait de symptômes post-traumatiques. Enfin, dans les heures ayant suivi l'accident, elle avait notamment ressenti des céphalées, des douleurs à la nuque, des vertiges et de l'hypersensibilité au bruit, troubles qui perduraient encore à ce jour.

Dans sa réponse du 9 octobre 2019, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a expliqué que le rapport consécutif à l'IRM du 29 décembre 2017 observait qu'il n'y avait pas de lésion traumatique séquellaire au niveau cérébral et cervical. L'IRM avait en revanche mis en évidence une discopathie avec protrusion discale paramédiane. La simple mention par le Dr Z. \_\_\_\_\_ du terme « post-traumatique » n'était pas

suffisante pour admettre l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes et l'accident. En tout état de cause, un lien de causalité adéquate devait d'emblée être nié à la lumière de la jurisprudence. En effet, l'évènement accidentel devait tout au plus être classé dans la catégorie des accidents moyens à la limite des accidents de peu de gravité et aucun des critères prévus par la jurisprudence n'était réalisé.

Par réplique du 16 janvier 2020, la recourante a critiqué l'appréciation du Dr W.\_\_\_\_ et a souligné que les douleurs avaient été intenses au point de justifier un arrêt de travail durant près d'un an. Elles étaient en outre encore présentes. Ce n'était que par un aménagement de ses horaires qu'elle avait pu reprendre son travail. Les traitements s'étaient prolongés durant près de deux ans à la suite de l'accident et de nouveaux traitements étaient encore proposés en juillet 2018 par les médecins de la G.\_\_\_\_. Elle a joint une attestation du 10 décembre 2019 du Dr Z.\_\_\_\_, indiquant qu'elle avait présenté une récurrence des douleurs cervicales et crâniennes avec composante d'une névralgie d'Arnold dans le contexte du syndrome post-traumatique, avec une évolution encore à attendre.

Dans sa duplique du 11 février 2020, l'intimée a maintenu sa position.

### **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 compte tenu des fêtes (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36] et art. 38 al. 4 let. b LPGA) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 28 mars 2019, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident incriminé et les troubles présentés après cette date.

**3.** Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> 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.

**4. 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)** 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 références citées).

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 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

**c)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

**d)** 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.).

**e) 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 (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).

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<sup>er</sup> 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).

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 (ATF 134 V 109 consid. 10.2).

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).

**5.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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).

**6.** En l'espèce, l'intimée a nié le droit de la recourante à des prestations au-delà du 28 mars 2019, en considérant que les troubles persistants après cette date n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 29 septembre 2017.

**a)** L'assurée se prévaut notamment du rapport du 2 novembre 2017 de la Dre P.\_\_\_\_\_ faisant état d'une hernie discale, ainsi que du rapport consécutif à l'IRM réalisée le 29 décembre 2017 relevant une discopathie C4-C5 avec protrusion discale paramédiane droite, pour retenir que ces atteintes ont été provoquées par l'accident et qu'elle en ressentait encore les effets. Le dossier ne comporte pas le document radiologique sur lequel s'est fondée la Dre P.\_\_\_\_\_ pour évoquer une hernie dans son rapport, qui est très sommaire. Quoi qu'il en soit, aucune autre pièce au dossier ne fait mention d'une quelconque hernie. Le rapport relatif à l'IRM du 29 décembre 2017 ne décrit pas une telle atteinte.

Par ailleurs, ce rapport conclut clairement à l'absence de lésion traumatique séquellaire au niveau cérébral et cervical. Cette IRM a toutefois permis de mettre en évidence des remaniements osseux dégénératifs des plateaux vertébraux C4-C5-C6, une discopathie C4-C5 avec protrusion discale, un discret débord discal C5-C6 et une petite anomalie du développement veineux. Les médecins de la G.\_\_\_\_\_ ont retenu que cette IRM avait révélé une anomalie du développement veineux et des discopathies cervicales étagées, mais que toute atteinte traumatique était exclue (cf. rapport du 4 juillet 2018). Le Dr L.\_\_\_\_\_ a précisé que le bilan radiologique était rassurant, « sans notion de fracture ni de hernie discale ». Il n'y a donc pas de lésion traumatique objectivée.

En outre, l'examen neurologique effectué par le Dr L.\_\_\_\_\_ s'est révélé normal, sans évidence de signe d'atteinte radiculaire, ni tronculaire, ni signe de souffrance médullaire. Seule la palpation de l'émergence du nerf d'Arnold à droite déclenchait des hémicranies à droite (cf. rapport du 3 juillet 2018). Les médecins de la G.\_\_\_\_\_ ont ainsi émis un pronostic favorable, en ajoutant que l'assurée décrivait elle-même une nette amélioration de ses troubles et une reprise de son activité d'enseignante au mois de septembre 2018. Ils ont en outre préconisé une désescalade des thérapies auxquelles l'assurée avait encore recours.

Sur la base de ces pièces médicales, et vu les constatations rassurantes des médecins de la G.\_\_\_\_\_, le Dr W.\_\_\_\_\_ a conclu que la cervicarthrose n'avait pas de lien avec l'accident et que ce dernier n'avait pas entraîné de décompensation déterminante de l'état pathologique préalable. Aucune pièce au dossier ne permet de s'écarter de cette appréciation, laquelle est motivée et concorde avec celle des spécialistes de la G.\_\_\_\_\_, s'agissant au demeurant d'une assurée âgée de [...] ans au moment de l'accident. L'attestation du 9 avril 2019 du Dr Z.\_\_\_\_\_, se limitant à affirmer que les symptômes présents à ce jour étaient en lien avec cet événement, n'est pas suffisante pour admettre l'existence d'un rapport de causalité naturelle. Il convient de rappeler que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un tel lien avec celui-ci

(interdiction du raisonnement *post hoc ergo propter hoc*). Par ailleurs, 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.

Dans les faits, l'assurée a bénéficié des prestations d'assurance jusqu'au 28 mars 2019, soit pendant une période de dix-huit mois. Même si l'on devait admettre qu'elle ne présentait pas d'atteinte préexistante, ce dont elle se prévaut, il conviendrait de fixer le *statu quo sine* bien avant cette date, au vu notamment des observations susmentionnées des médecins de la G.\_\_\_\_\_. Il en irait de même si l'on considérait - ce qui n'est toutefois pas le cas - que l'accident avait aggravé un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique. En effet, il y aurait lieu de retenir que l'accident cesserait de produire ses effets au maximum quelques mois après l'accident (cf. consid. 4 e/aa supra), alors que l'assurée a en réalité pu bénéficier de prestations de l'intimée jusqu'au 28 mars 2019. Ainsi, l'arrêt des prestations à cette date ne prête pas flanc à la critique.

Dans le cadre de son recours, l'assurée a transmis une attestation du 10 décembre 2019 du Dr Z.\_\_\_\_\_, selon laquelle elle avait présenté une récurrence des douleurs cervicales et crâniennes avec composante d'une névralgie d'Arnold. On peut douter d'une réelle récurrence des troubles, l'assurée ayant déclaré que ceux-ci persistaient depuis l'accident. Quoiqu'il en soit, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue, les faits survenus postérieurement à cette dernière ne devant en principe pas être pris en considération (ATF 131 V 242 consid. 2.1 et 121 V 362 consid. 1b ; TF 9C\_899/2013 du 24 février 2014 consid. 4.3). Tel que le relève l'intimée, l'éventuelle récurrence dont se prévaut l'assurée est postérieure à la décision sur opposition attaquée et n'a pas à être examinée dans la

présente procédure. La recourante pourra déposer, le cas échéant, une déclaration de rechute auprès de l'intimée.

**b)** Compte tenu de ce qui précède et du diagnostic de traumatisme cervical indirect posé par les médecins de la G.\_\_\_\_\_, il convient d'analyser la situation à l'aune de la jurisprudence concernant les événements ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable.

**aa)** Après l'accident, l'assurée s'est rapidement plainte de céphalées, de douleurs à la nuque, de vertiges et de nausées (cf. questionnaire complété le 29 septembre 2017 par la Dre P.\_\_\_\_\_). La recourante a encore fait état d'une hypersensibilité au bruit et des sensations sporadiques d'insensibilité du bras droit et de l'hémiface droite dans les heures suivants l'accident (cf. formulaire du 28 février 2018 de la CNA). Le Dr Z.\_\_\_\_\_ a par la suite rapporté des troubles de la concentration et une fatigue (cf. rapport du 12 mars 2018).

Quoi qu'il en soit, la question du rapport de causalité naturelle peut être laissée ouverte, puisque le lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat, ainsi que développé ci-dessous.

**bb)** S'agissant du rapport de causalité adéquate, le psychiatre de la G.\_\_\_\_\_ a exclu une psychopathologie, de sorte qu'il y a lieu de procéder à un examen sous l'angle du premier cas de figure mentionné au consid. 4 e/bb supra.

Concernant la classification de l'accident, il faut rappeler que l'assurée, au volant de son véhicule sur l'autoroute, a constaté que la colonne de véhicules devant elle avait freiné puis s'était arrêtée. Alors qu'elle était elle aussi à l'arrêt, sa voiture a été emboutie par le véhicule la suivant. L'assurée n'a pas perdu connaissance. Elle a pu ranger sa voiture sur le bas-côté de la route et est sortie par ses propres moyens. Elle a

annoncé au responsable de la collision qu'elle allait bien. Celui-ci a reconnu sa faute et a expliqué qu'aucun des occupants de son véhicule n'était blessé (cf. rapports des 3 et 4 juillet 2018 de la G.\_\_\_\_\_). La recourante a ensuite été en mesure de reprendre la route au volant de son véhicule et de se rendre à son travail. Au vu du déroulement de l'accident, c'est à juste titre que l'intimée a classé cet événement comme un accident de gravité moyenne, à la limite des cas de peu de gravité, ce que la recourante n'a d'ailleurs pas contesté (cf. TF 8C\_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2).

Il découle de cette qualification que les critères à prendre en considération pour pouvoir établir un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles de la recourante doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour qu'un tel lien puisse être admis. En l'occurrence, la condition des circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est à l'évidence pas remplie. Les lésions physiques causées par l'accident ne peuvent pas non plus être qualifiées de graves. En outre, même si l'assurée a consulté de nombreux thérapeutes (physiothérapie, ostéopathie, hypnose, kinésiologie, psychologie), on ne peut considérer qu'il s'agit d'un traitement médical spécifique et pénible administré de manière prolongée. De plus, il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical, ni de complications importantes. Au contraire, l'état de l'assurée s'est constamment amélioré. Par ailleurs, pour que le critère relatif à l'intensité des douleurs soit rempli, il faut que des douleurs importantes aient été présentes sans interruption notable entre l'accident et la clôture du cas. L'intensité des douleurs est examinée au regard de leur crédibilité et de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne (ATF 134 V 109 consid. 10.2.4). L'assurée a expliqué aux médecins de la G.\_\_\_\_\_ que les douleurs étaient devenues intermittentes et ne nécessitaient pas de traitement médicamenteux en continu. Elle déclarait en outre une amélioration globale de son état de 70 % depuis l'accident (cf. rapport du 4 juillet 2018 de la G.\_\_\_\_\_). Elle a d'ailleurs repris son travail en septembre 2018. On ne peut donc retenir qu'elle était constamment et de manière significative entravée dans sa vie quotidienne en raison de ses

douleurs. Enfin, l'incapacité totale de travail de l'assurée a certes duré de nombreux mois, et elle a repris son activité professionnelle avec certains aménagements. Toutefois, même dans le cas où ce critère devait être considéré comme rempli, il ne revêt pas une intensité si particulière qu'il justifierait, à lui seul, d'admettre un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles encore présents.

En définitive, on ne saurait considérer que l'accident du 29 septembre 2017 est la cause adéquate des troubles dont se prévaut l'intéressée après le 28 mars 2019. Dès lors, la décision attaquée, mettant fin au versement des prestations à cette date faute de causalité entre l'accident et les troubles présentés dès le 29 mars 2019, ne prête pas flanc à la critique.

**7.** Il n'y a pas lieu de compléter l'instruction comme le requiert la recourante par la mise en œuvre d'une expertise. En effet, de telles mesures d'instruction ne modifieraient pas, selon toute vraisemblance, l'appréciation qui précède (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 ; TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

**8. 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  
p r o n o n c e :**

**I.** Le recours est rejeté.

II. La décision sur opposition rendue le 5 juillet 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

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

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- Me Sara Giardina (pour Q. \_\_\_\_\_)
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :