

VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 209 vom 28. Februar 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-02-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2011__209

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 209 du 28 février 2011

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2011 / 209 del 28 febbraio 2011

Regeste

ACCIDENT DE LA CIRCULATION, TRAUMATISME CERVICAL, RÉSONANCE MAGNÉTIQUE, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AA} | 6 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.02.2011 Arrêt / 2011 / 209

ACCIDENT DE LA CIRCULATION, TRAUMATISME CERVICAL, RÉSONANCE MAGNÉTIQUE, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE, PRESTATION D'ASSURANCE{AA} | 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 67/08 - 23/2011 COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 28 février 2011

Présidence de Mme Di Ferro Demierre Juges :
Mmes Brélaz Braillard et Pasche Greffier : M. Addor ***** Cause pendante entre :
V. _____, à Lausanne, recourante, représentée par Me Pierre Seidler, avocat à Delémont, et SWICA ASSURANCES, à Lausanne, intimée. _____ Art. 6 al. 1 LAA
E n f a i t : A. V. _____ (ci-après: l'assurée), née le 29 mars 1965, a travaillé à partir du 1^{er} juillet 1997 au service de l'Institut I. _____ à Lausanne, en tant qu'employée de laboratoire à raison de quatre jours par semaine. Comme employée de cet institut, elle était assurée contre les accidents professionnels et non professionnels selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), auprès de Swica Assurances (ci-après: l'assurance). B. Le 8 décembre 2003, vers 18 heures 15, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation. Portant la ceinture de sécurité, elle avait pris place sur le siège passager avant d'une automobile conduite par un tiers quand ce véhicule a été heurté par l'arrière à une vitesse d'environ 50 km/h en raison d'une distance de sécurité insuffisante. Lors du constat de police, l'assurée a déclaré ressentir des douleurs cervicales et dorsales. A la suite de cet événement, elle a été transportée aux urgences de l'Hôpital C. _____ (traitement ambulatoire) où le diagnostic de contusion cervicale post AVP (accident sur la voie publique, réd.) a été posé. Elle a quitté l'hôpital le même jour à 23 heures 30 et a repris le travail le 17 décembre 2003. C. Le Dr T. _____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant, a adressé à l'assureur divers rapports médicaux datés des 17 février 2004, 16 avril 2004, 9 juillet 2004 et 15 novembre 2004. Dans ce dernier rapport, il a fait savoir que, lors de sa dernière consultation le 18 mai 2004, l'assurée présentait toujours des douleurs aux insertions distales de l'angulaire de l'omoplate des deux côtés prédominant à gauche, le diagnostic posé alors étant celui de torticolis post-traumatique. Constatant que la patiente n'était pas revenue le consulter depuis près de six mois, soit depuis le mois de mai 2004, le Dr T. _____ a indiqué que le traitement relatif à l'accident pouvait être considéré comme terminé, même s'il n'excluait pas qu'il

puisse être repris par la suite. Pour autant, le pronostic était bon en ce qui concerne les arrêts de travail mais cependant légèrement réservé s'agissant de l'éventualité d'une nouvelle consultation pour un problème de cervicalgies. D. Au mois d'avril 2005, l'assurée a consulté la Dresse G. _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, en raison de cervicalgies hautes perturbant fortement son quotidien, s'associant à des céphalées cervicogènes dans un contexte d'importants phénomènes ténomyogènes cervico-scapulaires. Cette praticienne a diagnostiqué des cervicoscapulalgies chroniques dans le contexte d'un status postwhiplash ainsi qu'une discopathie C5-C6. Elle a mentionné que l'assurée présentait également une hyperlaxité ligamentaire. Dans une correspondance du 8 juin 2005, la Dresse G. _____ a demandé à l'assurance d'examiner la possibilité de prendre en charge neuf séances de traitement de thérapie par signal pulsé (PST) pour un montant total de 1'100 fr. Après avoir pris l'avis de son médecin-consultant, l'assurance a fait savoir à la Dresse G. _____ qu'elle acceptait la prise en charge de neuf séances de thérapie par signal pulsé (PST). Dans un rapport du 15 mars 2006 adressé au médecin-conseil de l'assurance, la Dresse G. _____ s'est exprimée en ces termes: "J'ai donc, comme prévu, revu Mme V. _____ le 7 février 2006 et vous adresse un rapport relatif au résultat du traitement de thérapie par signal pulsé (PST) entrepris chez elle. Je rappelle donc que, dans les suites d'un accident de la circulation avec whiplash en décembre 2003, la patiente se plaignait de cervico-scapulalgies chroniques récalcitrant aux diverses approches thérapeutiques jusqu'ici entreprises (injections de cortisone, physiothérapie, ostéopathie). J'objectivais cliniquement la présence de dysfonctions étagées C1-C2 gauche et C3-C4 gauche avec verrouillage musculaire et importants phénomènes ténomyogènes cervico-scapulaires touchant le trapèze, l'angulaire de l'omoplate, le rhomboïde à gauche, ceci survenant chez une patiente avec hyperlaxité ligamentaire. Le bilan radiographique objectivait une discopathie C5-C6 sans évidence d'instabilité segmentaire sur les clichés fonctionnels. Mme V. _____ a bénéficié du 15.11.2005 au 25.11.2005, de 9 séances de thérapie par signal pulsé (PST) à raison d'une heure quotidienne au cours de 9 jours consécutifs. Je l'ai revue à distance de ce traitement (qui met plusieurs semaines à développer son efficacité maximale), et j'ai le plaisir de vous annoncer que la situation s'est nettement améliorée, la patiente ne présentant plus de céphalées, ne ressentant plus de douleurs cervicales et interscapulaires aussi vives mais uniquement des sensations de "tensions" notamment en région dorso-lombaire. Sur le plan musculaire, Mme V. _____ a noté également une amélioration des sensations de tiraillements en région cervico-scapulaire notamment au niveau des trapèzes, et un assouplissement global avec amélioration de la mobilité subséquente. Mme V. _____ évalue ainsi les résultats en terme de 80% d'amélioration globale. Objectivement, la mobilité cervicale est très bonne, le verrouillage musculaire s'est levé et les phénomènes ténomyogènes se sont nettement réduits avec un palper-rouler indolore sur les zones antérieurement cellulalgiques, avec des trigger points qui ne sont plus actifs au niveau du trapèze et de l'angulaire de l'omoplate. Le rhomboïde gauche demeure sensible. Je n'ai pas prévu de revoir Mme V. _____ mais demeure bien sûr à sa disposition selon nécessité. J'espère avoir répondu à votre demande de renseignements et tenais encore à vous remercier d'avoir accepté le remboursement des frais du traitement de thérapie par signal pulsé (PST)." E. Dans un rapport médical du 27 juin 2007 adressé à l'assurance, le Dr T. _____ a constaté que depuis l'accident du 8 décembre 2003 l'assurée présentait périodiquement des douleurs au niveau de la ceinture scapulaire et de la nuque, prédominant au côté gauche. Le côté droit n'était en principe concerné qu'en fin de journée après un travail plus important que d'habitude, impliquant, par

exemple, beaucoup de mouvements avec les bras. Il ajoutait que l'intéressée travaillait à 50% et que ses symptômes avaient augmenté lorsqu'elle travaillait trois jours de suite. Au status du 1^{er} juin 2006, il avait été constaté des douleurs aux insertions distales de l'angulaire de l'omoplate, prédominant à gauche: les insertions occipitales étaient également douloureuses; palpation douloureuse du muscle trapèze, avec la même prédominance. Il n'y avait pas de facteurs étrangers à l'accident ayant une influence sur l'évolution du cas. En outre, le traitement relatif à l'accident n'était toujours pas terminé et l'on ne pouvait pas attendre d'amélioration mais au moins un maintien de la fonctionnalité. Si l'assurée continuait son activité professionnelle à 50%, aucun arrêt de travail n'était envisagé. Il y avait donc une atteinte à l'intégrité. L'incapacité résultait de l'accident en ce sens que les mouvements ne pouvaient pas être répétés aussi fréquemment et aussi longtemps qu'avant l'accident, et que la charge déplacée lors de ses mouvements ne pouvait pas non plus être aussi importante qu'avant l'accident. F. L'assurance a chargé le Dr J. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, d'effectuer une expertise médicale. Ce médecin a examiné l'assurée le 24 octobre 2007 et il a rédigé un rapport le 6 décembre 2007. Il en ressort notamment ce qui suit: "Anamnèse actuelle A Lausanne, le 8 décembre 2003 collision par l'arrière suite à un freinage brutal, événement à basse énergie, l'assurée harnachée se plaint immédiatement de douleurs cervicales avec paresthésies diffuses des membres supérieurs. Pour cette raison, elle est transportée en ambulance à l'Hôpital C. _____ où elle est prise en charge de manière ambulatoire. Disparition de la symptomatologie neurologique. Pas de notion de perte de connaissance. Le bilan clinique et radiologique est tout à fait rassurant, elle quitte le service des urgences avec des anti-inflammatoires, pas d'immobilisation de la nuque. Suivie par son médecin traitant, le Docteur T. _____ à Prilly, reprise du travail le 16 décembre 2003, avec aménagement du travail, n'effectue plus que des petits trajets pour aller chercher les analyses de laboratoire. Cette reprise est malgré tout difficile car se plaint de douleurs scapulaires et thoraciques, nécessitant la prise régulière de myorelaxants, infiltration de l'angulaire de l'omoplate en 2004 et en 2007, n'a pas vraiment arrêté le traitement a besoin de manière épisodique de manipulation ostéopathique. Ces manipulations sont de plus en plus éloignées dans le temps, les premiers temps elles étaient nécessaires tous les 15 jours, puis 4 semaines puis 6 semaines, et maintenant il s'agit d'un traitement tout à fait ponctuel. Se plaint de cervicalgies qui irradient les trapèzes et les spino lombaires, une fois que ces douleurs sont installées petite cervico brachialgie gauche puis droite, les manœuvres de Valsalva exacerbent les douleurs lorsque la symptomatologie douloureuse est en place, elles sont également accompagnées de céphalées de tension violentes. Ces douleurs sont tout à fait liées avec l'activité quotidienne, si la charge de travail est importante ces douleurs apparaissent. Sport sur le mode loisir, aquagym, est monitrice dans une société de gymnastique. A changé de travail en 2004 en raison de la pénibilité du travail, qui exacerbait les symptômes, l'événement a été un événement révélateur de sa décision mais pas forcément en cause pour celle-ci.

2. Plaintes du patient

2.1 Classement des plaintes

Douleurs cervicales constantes, lourdeur de la tête, épisodes plus aigus liés de manière claire à l'activité, douleur pouvant devenir vite insupportables et nécessitant la prise d'antalgie qui reste modéré durant la semaine. (...)

3.2 Diagnostic

- Entorse cervicale stade II
- Morphologie hyperlaxe avec hypotonicité musculaire relative
- Hypertension artérielle
- Discarthrose L5-S1

4. Est-ce que les plaintes subjectives peuvent être objectivées ?

Le jour de l'examen l'assurée est asymptomatique, cependant j'ai noté de manière surprenante une raideur diffuse au niveau du rachis dans sa globalité, raideur vraisemblablement musculaire, sans qu'il soit noté d'hypersensibilité des différentes zones

musculaires. 5. Causalité naturelle 5.1 L'atteinte à la santé est-elle due uniquement ou partiellement à l'accident du 8 décembre 2003 ? Partiellement à l'accident du 8 décembre 2003. 5.2 Les troubles actuels sont-ils dus à l'accident du 8 décembre 2003 d'une façon seulement possible ou fortement vraisemblable ? Il s'agit d'une aggravation passagère d'un problème pré existant lié à la morphologie de l'assurée de type hyperlaxe avec hypotonicité musculaire, les troubles présentés sont cependant fortement vraisemblables à l'événement du 8 décembre 2003. 5.3 Est-ce que l'aggravation d'une affection à la santé préexistante, causée par l'accident du 8 décembre 2003, peut être considérée comme guérie ? Dans l'affirmative, à quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint ? Oui, le statu quo ante respectivement le statu quo sine a été atteint le 7 février 2006 lors de la dernière consultation avec le Dr G._____. En effet, il reste une douleur au niveau sacro iliaque, mais sur les clichés L5-S1 réalisés le jour du traumatisme, il existe une nette discarthrose au niveau L5-S1. 5.4 Les troubles de la santé causés pour le moins avec une vraisemblance prépondérante par l'accident du 8 décembre 2003 seraient-ils sans la survenance de cet accident apparus tôt ou tard dans la proportion actuelle ? Dans l'affirmative, à quel moment le statu quo sine a-t-il été atteint ? Cf 5.3 5.5 Y a-t-il eu, suite à l'accident du 8 décembre 2003, une aggravation déterminante ou durable d'une affection de la santé pré existante ? Justification ? Il n'y a pas d'aggravation déterminante ou durable d'une affection de la santé préexistante, en effet tous les bilans mis en évidence n'ont pas montré de lésion osseuse ni ligamentaire ni même musculaire qui puisse expliquer la symptomatologie présentée par l'assurée actuellement, je rappellerai que l'assurée présente une morphologie de type hyperlaxe avec hypotonie musculaire relative pouvant actuellement tout à fait expliquer les symptomatologies itératives présentées par l'assurée lors des journées de surcharge professionnelle. 5.6 Si l'aggravation a été déterminante ou durable: répartition en pour cent de la part due à l'accident et aux facteurs étrangers à l'accident ? Cf 5.5 6 Jusqu'à quand une amélioration des troubles somatiques purement objectivables a-t-elle été constatée grâce au traitement prodigué et à partir de quelle date, sur le plan thérapeutique, l'état de santé est-il devenu stable ou constant ? Voir point 5.3 et suivant. 7 Peut-on encore attendre une amélioration notable de l'état de santé ? Si oui, quelles sont les mesures que vous proposez ? Pronostics ? Sur le plan médical, il est clair que lorsque l'assurée présente sa symptomatologie douloureuse, un traitement d'ostéopathie peut être effectué à la demande, sachant que cette thérapie a un bon effet chez l'assurée. Le réveil de ces douleurs n'est cependant plus en relation directe et vraisemblable avec l'événement du 8 décembre 2003. 8 Est-ce que l'assurée nécessite un traitement de soutien afin de maintenir son état de santé ? Si oui, de quel genre, sous quelle forme, dans quel intervalle et pour quelle durée ? Cf point 7 9 Appréciation de l'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident selon les tables du service médical de la Suva, en tenant compte d'une éventuelle aggravation prévisible dans le futur, pronostiquée de manière vraisemblable ? Pas d'atteinte à l'intégrité des suites de l'accident; il n'y a pas d'aggravation durable ou déterminante d'une affection de la santé pré existante." G. Par décision du 17 décembre 2007, l'assurance a mis un terme à ses prestations (traitement médical et indemnités journalières) avec effet au 7 février 2006. S'appuyant sur le rapport d'expertise du Dr J._____, elle a en effet considéré que le statu quo sine (soit le moment où l'aggravation passagère d'un problème préexistante à l'accident n'influence plus le cours normal de l'état antérieur) avait été atteint à cette date. L'assurée s'est opposée à cette décision. Au cours de la procédure d'opposition, elle a produit une lettre du 7 avril 2008 adressée par le Dr K._____, spécialiste FMH en neurologie, au Dr T._____, médecin traitant. Il en ressort notamment ce qui suit: "(...) Le 8 décembre 2003, elle

[l'assurée, réd.] est victime d'un accident de la voie publique. Elle occupait la place passager avant d'un véhicule à l'arrêt qui a été enfoncé postérieurement. Elle portait la ceinture de sécurité; il y avait un appui-tête. Elle estime la vitesse du véhicule «enfoncé» à 40-50 km/h. L'airbag n'a pas été déclenché. Elle n'a pas présenté de perte de connaissance. Il n'y a pas eu de choc céphalique direct. Le bilan radiologique effectué peu après à l'Hôpital C._____ au niveau cervical est anamnestiquement normal. D'emblée elle s'est plaint de phénomènes d'engourdissement et de fourmillements diffus au niveau des 2 membres supérieurs. Elle a repris le travail 6 jours plus tard. Il persiste de façon intermittente depuis lors des céphalées de caractère tensionnel ainsi que des cervico-scapulalgies et des fourmillements diffus au niveau des membres supérieurs lorsqu'elle est stressée. Il n'y a pas de troubles subjectifs de la force ou de la sensibilité ou encore de la motilité fine. Les manœuvres de Valsalva peuvent être positives au niveau cervical. Il n'y a pas de troubles à la marche ou d'altération des fonctions sphinctériennes. Elle présente parfois des phénomènes de blocages rachidiens diffus. Les douleurs sont rarement insomniantes. Elle est au bénéfice d'une médication de Voltarène et Co Dafalgan. Il y a eu une expertise orthopédique à Genève dont je n'ai pas les conclusions. Elle a récemment fait une IRM fonctionnelle à Zurich qui ne montre pas d'altération au niveau des ligaments cervico-crâniens. Il est montré des protrusions discales et une ostéochondrose entre C4 et C7. Il y a une protrusion plus marquée en C5-C6 avec à gauche au niveau du canal de conjugaison un rétrécissement lié à la fois à la protrusion discale et aux réactions ostéophytaires. Il n'y a pas de signes de souffrance médullaire. (...) Appréciation: Sur la base de l'ensemble de ces éléments, on retrouve donc essentiellement un syndrome cervico-vertébral relativement important. Il n'y a aucune évidence pour une souffrance radiculaire ou médullaire associée. Le bilan de détection myographique au niveau des myotomes C6 et C7 à gauche est parfaitement normal. Il s'agit donc d'une symptomatologie douloureuse persistante dans les suites d'un syndrome de distorsion cervicale accidentelle. A toutes fins utiles on pourrait éventuellement proposer du point de vue médicamenteux de faire un essai pour une période de quelques semaines soit avec Lyrica 25 mg le soir soit éventuellement avec Sarotène 25 mg le soir. Il faut poursuivre les mesures de ménagement, un peu de physiothérapie. Il n'y a pas d'incapacité de travail dans le cadre de l'activité actuelle. Il n'y a pas de nouvelles investigations à prévoir. Il n'y a pas d'indication à une présentation à une neurochirurgicale." L'assurée a également produit une correspondance du 14 avril 2008 que lui a adressée son ostéopathe. Celle-ci y indiquait que c'est uniquement le traitement d'ostéopathie qui était propre à soulager l'intéressée; celle-ci effectuée régulièrement 5 à 6 séances d'ostéopathie par année depuis le mois de janvier 2004. C'est grâce à la régularité de son traitement en ostéopathie que l'assurée parvient à améliorer sa situation au niveau fonctionnel. Depuis son accident, l'assurée a en effet changé son hygiène de vie et son organisation afin de toujours prendre soin de sa santé au niveau de la région cervico-scapulaire. Actuellement, elle continue ces traitements d'ostéopathie à raison d'une séance tous les deux mois. Par décision sur opposition du 9 mai 2008, l'assurance a rejeté l'opposition de l'assurée et maintenu sa décision du 17 décembre 2007. Elle a en substance considéré que l'assurée se fondait sur l'avis du Dr K._____ et sur celui de son ostéopathe pour prouver la nécessité de la poursuite du traitement médical. Or, aux termes de l'expertise réalisée par le Dr J._____, le statu quo sine a été atteint le 7 février 2006, date à laquelle seule l'affection préexistante à l'accident se manifeste encore, alors que les suites de l'accident ne jouent plus aucun rôle. Reconnaisant une pleine valeur probante au rapport d'expertise du Dr J._____, l'assurance estime avoir prouvé que le lien de causalité est

inexistant à la date du 7 février 2006 et que le traitement médical à partir de cette ne relève dès lors plus de l'assureur-accidents. Elle précise aussi avoir renoncé à examiner la question de la causalité adéquate, compte tenu du fait que la causalité naturelle n'était pas établie. H. L'assurée, représentée par l'avocat Pierre Seidler, a recouru par acte du 12 juin 2008 contre cette décision sur opposition, en concluant avec suite de frais et dépens à son annulation, l'assurance étant condamnée à verser à la recourante les prestations auxquelles celle-ci a droit en application de la LAA au-delà du 7 février 2006. Pour l'essentiel, la recourante reproche à l'assurance intimée de s'être fondée exclusivement sur le rapport d'expertise du Dr J. _____ pour rendre sa décision. Outre le fait que celui-ci est un spécialiste en orthopédie et non en neurologie, alors que la recourante souffre de troubles d'ordre cérébral, celle-ci fait valoir que l'expert a émis une supposition pour expliquer les symptomatologies présentées par la recourante lors des journées de surcharge professionnelle. De plus, l'éventuel état préconstitutionnel a toujours été asymptotique et la recourante n'a jamais été empêchée, d'une quelconque manière, d'effectuer ses tâches professionnelles, ses tâches ménagères, ainsi que de s'adonner à ses activités sportives, étant précisé qu'elle est monitrice Jeunesse-et-Sports de gymnastique. Dès lors, le fait qu'elle possède une grande souplesse n'est pas du tout surprenant. Par ailleurs, cette expertise est remise en question par le Dr K. _____ qui voit dans le syndrome cervico-vertébral présenté par la recourante une symptomatologie douloureuse persistante dans les suites d'un syndrome de distorsion cervicale accidentelle. Selon la recourante, les conclusions du Dr K. _____ sont corroborées par les observations de l'ostéopathe qui déclare qu'elle se trouve toujours dans une problématique cervico-scapulalgique chronique dans le contexte d'un status post whiplash en décembre 2003. En conséquence, la recourante dénie toute valeur probante au rapport d'expertise du Dr J. _____ pour prouver la disparition de la causalité naturelle au-delà du 7 février 2006, l'intimée n'ayant pas pu établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la disparition du caractère causal de l'accident. Dans sa réponse du 11 août 2008, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle estime que le rapport d'expertise du Dr J. _____ doit se voir reconnaître une entière valeur probante. Selon l'intimée, dans sa lettre du 7 avril 2008, le Dr K. _____ ne dit pas que les douleurs ont un lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2003, mais affirme au contraire qu'aucun traitement médical n'est nécessaire à l'exception d'un éventuel essai durant une courte durée de Lyrica ou de Sarotène. Au surplus, ce médecin indique qu'il faut poursuivre les mesures de ménagement et préconise un peu de physiothérapie. Il ne dit en revanche rien au sujet du traitement d'ostéopathie qui serait le seul traitement susceptible de soulager la recourante, aux dires de son ostéopathe. L'intimée ne voit dès lors pas de motifs de s'écarter des conclusions du Dr J. _____ et considère au surplus qu'une nouvelle expertise médicale, telle que requise par la recourante, ne se justifie pas. Dans sa réplique du 11 décembre 2008, la recourante maintient les conclusions prises dans son recours. Elle produit un rapport du 10 novembre 2008 du Prof. L. _____, neurologue à Paris (médecin consultant au Centre Hospitalier F. _____), qui a réalisé une IRM cérébrale le 9 octobre 2008. Selon ce rapport, diverses lésions neuro-anatomiques séquellaires post-traumatiques auraient été décelées. Ce rapport mentionne la technique d'IRM selon les séquences (séquences Flair, T2*, 3D, Fiesta) et en "tenseur de diffusion" ("à la recherche d'une raréfaction voire d'une disparition de fibres blanches du corps calleux, d'un faisceau arqué, de fibres traversant les noyaux de la base"). La cause est traitée depuis le 1 er janvier 2009 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui a succédé au Tribunal des assurances. A l'appui de sa duplique du 19 février 2009, l'intimée a produit un avis médical 5 février 2009 du Dr J. _____ auquel

elle a soumis le rapport du Prof. L._____. Dans son avis, le Dr J._____ s'est exprimé en ces termes: "Je me permets de répondre de manière précise à la question que vous m'avez posée dans votre courrier du 13.01.2009, soit est-ce que les atteintes sont objectivables au vu de mes constatations au point 4 de mon rapport d'expertise du 4 décembre 2007 et si les conclusions de cette IRM cérébrale réalisée au Centre Hospitalier F._____ à Paris le 09.10.2008 sont susceptibles de remettre en cause les conclusions que j'ai posées dans mon rapport, à savoir le statu quo ante respectivement le statu quo sine a été atteint le 07.02.2006. L'expérience clinique m'a appris à étudier consciencieusement les dossiers initiaux qui suivent directement le traumatisme, à me référer aux diagnostics qui y sont posés, car la plupart du temps ceux-ci reflètent avec exactitude les problèmes liés à un traumatisme donné. Aussi je reprends le dossier de l'Hôpital C._____ des urgences du 08.12.2003 (date de l'événement qui nous concerne) où il est indiqué que l'assurée est arrivée en urgence par ambulance suite à un accident de la voie publique, accident qui n'a pas fait d'autre blessé. Passagère harnachée a été percutée par l'arrière alors que le véhicule était à l'arrêt. Se plaint immédiatement de cervicalgies et dorsalgies raison pour laquelle elle a été transportée en ambulance à l'Hôpital C._____. Aucune notion de perte de connaissance, de nausées, de vertiges ni de désorientation. Il y a eu de manière transitoire un épisode d'hyper ventilation qui a entraîné des paresthésies transitoires des membres supérieurs qui ont récupéré. Sur le plan clinique, à l'Hôpital C._____ le status est normal, le status neurologique en particulier est physiologique. Il est noté des douleurs para cervicales sans limitation des amplitudes articulaires avec une distance menton-sternum de 0-22 cm. Devant cette anamnèse de troubles de la sensibilité et de nuchalgies, malgré un statut neurologique normal, un avis neuro-chirurgical complémentaire est demandé, l'anamnèse est comparable, il est fait état d'une para cervicalgie gauche sans brachialgie, la clinique montre un status neurologique physiologique, une nuque souple sans limitation de la mobilité ni méningisme. Le bilan radiologique est normal, avec une légère rectitude du rachis cervical, le diagnostic retenu est celui de contusion cervicale. Ce qui ressort de cette prise en charge initiale des urgentistes et du consilium neurochirurgical, c'est celui d'une contusion cervicale avec paresthésie transitoire des membres supérieurs qui sont attribuées à un épisode d'hyper ventilation anamnestique chez une personne connue pour des épisodes d'angoisse. A aucun moment la notion de traumatisme crânien même mineur n'est évoquée. Lors de mon expertise du 24.10.2007, je constate d'une part que le jour de l'examen l'assurée est asymptomatique, mais que du fait d'une hyperlaxité morphologique l'assurée présente une raideur toute relative de son rachis dans sa globalité. Je note également qu'elle présente une hypertension artérielle (TAH 130/100). Je retiens le diagnostic d'entorse cervicale stade II (Cervicalgies avec limitation de la mobilité et points douloureux sans lésion neurologique). Les bilans effectués après mon examen m'apportent certaines explications quant à la raideur diffuse et relative, cette explication est faite par l'IRM qui parle d'ostéochondrose diffuse entre C4 et C7 de réaction ostéophyttaire rentrant dans le cadre d'une affection dégénérative, en effet de telles constatations permettent de rendre compte sans peine de cette raideur. L'examen du Dr K._____, spécialiste FMH en neurologie, décrit le status neurologique comme normal et note sur le plan locomoteur une contracture para cervicale bilatérale modérée qui va aussi dans le sens de troubles dégénératifs. En ce qui concerne le résultat de l'IRM cérébrale du 09.10.2008, je me permets deux commentaires, le premier est que dans la prise en charge initiale et le suivi médical à aucun moment le diagnostic de traumatisme crânien même mineur n'est évoqué, à aucun moment le status neurologique présente un signe pathologique, en particulier il n'y

est pas noté de méningisme ni de trouble de type extra pyramidal, ce status a été réalisé par plusieurs spécialistes dont un neurochirurgien et un neurologue. A la page 9 point 6, l'argumentaire bibliographique proposé par le professeur L. _____ (la perte d'auto activation psychique revue neurologique Paris 1990.146:6.7 page 397 à 404 "il s'agirait de fibres coupées entre les deux lobes frontaux et le noyau de la base au décours d'un traumatisme crânien", je rappelle qu'à aucun moment le diagnostic de traumatisme crânien n'est évoqué. L'explication bio mécanique de l'onde de choc consécutive au whiplash syndrome est par ailleurs au conditionnel, l'argumentaire ne propose aucun diagnostic différentiel, quant à l'origine de ces images, images qui m'ont semblé de qualité très moyenne. Il aurait été intéressant de discuter de ces images en proposant un diagnostic différentiel sachant que cette IRM cérébrale a été réalisée plus de 4 ans après le traumatisme, que l'assurée présente d'une part un passé psychiatrique, d'autre part, une hypertension artérielle et qu'à aucun moment le diagnostic de traumatisme crânien même mineur n'a été évoqué. Pour conclure, je dirai que les constatations de l'IRM cérébrale du 09.10.2008 ne remettent pas en cause les conclusions apportées lors de mon expertise du 27.10.2007 et je pense que les lésions décrites sur l'IRM cérébrale du 09.10.2008 sont dues à l'événement du 08.12.2003 d'une façon tout au plus possible". Fondée sur ce qui précède, l'intimée considère que le statu quo ante, respectivement sine, a été atteint le 7 février 2006 et persiste donc dans les conclusions de sa réponse tendant au rejet du recours. E n d r o i t :

1. Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents selon la LAA (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et selon les formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), est donc recevable. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer, en vertu des règles de droit transitoire (art. 93 et 117 al. 1 LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36]). Il y a lieu d'entrer en matière.
2. La recourante soutient qu'après lui avoir alloué des prestations à la suite de l'accident du 8 décembre 2003, l'assurance intimée n'aurait pas apporté, au degré de la vraisemblance prépondérante, la preuve de la disparition du caractère causal de cet accident. Elle fait valoir qu'il y aurait un rapport clair de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles dont elle souffre encore. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 c. 3.1, 402 c. 2.2 et 4.3.1, et les références). Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de

vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 c. 5b).

b) Le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies. Il 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. Un rapport médical a une valeur probante pour autant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 c. 3a). L'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (TF 8C_510/2009 du 3 mai 2010 c. 3.3).

c) En l'occurrence, la recourante se prévaut d'un nouveau rapport médical, établi à sa demande par le Prof. L. _____ (rapport d'examen radiologique, dossier d'imagerie). Cet élément est postérieur au dépôt du recours et il ne pouvait pas être pris en considération dans la décision attaquée. La méthode diagnostique employée par le Prof. L. _____ a déjà fait l'objet d'une appréciation par le Tribunal fédéral, notamment dans un arrêt récent (TF 8C_978/2009 du 14 janvier 2011 c. 5.2 et les références). La Cour suprême a rappelé que selon la jurisprudence, une méthode diagnostique médicale doit être reconnue scientifiquement pour que ses résultats constituent un fondement fiable pour statuer. Une méthode d'examen est considérée comme éprouvée par la science médicale si elle est largement admise par les chercheurs et les praticiens. En l'état actuel de la science médicale, qui reflète d'importantes divergences au sujet de l'efficacité diagnostique d'une tomographie par résonance magnétique fonctionnelle (TRMf), les résultats d'une telle méthode n'ont pas de valeur probante pour statuer sur le rapport de causalité entre des symptômes présentés par un assuré et un traumatisme par accélération cervicale ou un traumatisme équivalent. Or, la méthode pratiquée par le Prof. L. _____ (technique dite de tenseur de diffusion 3D) est en pleine expérimentation et ne permet pas forcément d'établir une correspondance clinique. Elle ne saurait dès lors être considérée comme éprouvée par la science médicale et, partant, ne constitue pas un fondement fiable pour statuer sur le rapport de causalité avec un événement accidentel. Il n'y a donc pas lieu, dans le cas particulier, de retenir comme probantes les analyses et conclusions du Prof. L. _____. Il ne se justifie pas non plus de désigner un nouvel expert radiologue, qui se prononcerait au sujet des images réalisées par le Prof. L. _____, d'autant que les autres médecins qui ont donné leur avis – expert de l'assurance ou privé – n'ont pas fait valoir que la documentation radiologique à leur disposition était insuffisante.

e) En définitive, il s'agit dans le cas particulier d'examiner l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et des troubles sans substrat organique associés à un

traumatisme de type "coup du lapin". En d'autres termes, il convient ainsi, dans un premier temps, de déterminer si les atteintes présentées par la recourante se fondent sur un déficit organique, dans le sens d'une altération structurelle. A cet égard, le rapport du Dr J. _____ doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. Il a en effet pris connaissance de l'ensemble des pièces médicales versées au dossier, soit le dossier médical de l'intimée et le dossier radiologique transmis par la recourante, procédé à un examen clinique et expliqué de manière claire et précise les raisons pour lesquelles le statu quo sine a été atteint le 7 février 2006. Sur les clichés L5-S1 réalisés le jour du traumatisme, il existait déjà une nette discarthrose au niveau L5-S1. Un orthopédiste, tel que le Dr J. _____, est par ailleurs tout à fait apte à estimer à quelle date le statu quo ante, respectivement sine, a été atteint. Quant au Dr K. _____, il a mentionné dans son rapport du 7 avril 2008 que: «sur la base de l'ensemble de ces éléments, on retrouve donc essentiellement un syndrome cervico-vertébral relativement important. Il n'y a aucune évidence pour une souffrance radiculaire ou médullaire associée. Le bilan de détection myographique au niveau des myotomes C6 et C7 à gauche est parfaitement normal. Il s'agit donc d'une symptomatologie douloureuse persistante dans les suites d'un syndrome de distorsion cervicale accidentelle. A toutes fins utiles on pourrait éventuellement proposer du point de vue médicamenteux de faire un essai pour une période de quelques semaines soit avec [du] Lyrica 25 mg le soir soit éventuellement avec [du] Sarotène 25 mg le soir. Il faut poursuivre les mesures de ménagement, un peu de physiothérapie. Il n'y a pas d'incapacité de travail dans le cadre de l'activité actuelle. Il n'y a pas de nouvelles investigations à prévoir. Il n'y pas d'indication à une présentation à une neurochirurgicale». Lorsque le Dr K. _____ évoque une symptomatologie douloureuse persistante dans les suites d'un syndrome de distorsion cervicale accidentelle, il ne dit pas que les douleurs présentées par la recourante ont un lien de causalité avec l'accident du 8 décembre 2003. Au vrai, cette symptomatologie douloureuse n'est pas niée par le Dr J. _____, lequel reconnaît d'ailleurs expressément l'existence d'une symptomatologie douloureuse et souligne à cet égard l'effet bénéfique du traitement d'ostéopathie qui peut le cas échéant être effectué à la demande. L'avis de l'ostéopathe, qui indique que la recourante continue le traitement d'ostéopathie à raison d'une séance tous les deux mois, n'est donc pas remis en question sur ce point par l'expert. De son côté, le Dr K. _____, constatant la persistance des douleurs présentées par la recourante, envisage la poursuite d'un traitement médicamenteux et suggère d'éventuelles séances de physiothérapie. Quoi qu'il en soit, le Dr J. _____, se déterminant sur le rapport du Prof. L. _____, souligne le caractère dégénératif de l'affection présentée par la recourante (ostéochondrose diffuse entre C4 et C7 de réaction ostéophyttaire) et rappelle que la contracture paracervicale bilatérale modérée décrite par le Dr K. _____ rentre également dans le cadre de troubles dégénératifs. En outre, il relève qu'à aucun moment, et particulièrement au moment de la prise en charge aux services des urgences de l'Hôpital C. _____ le jour de l'accident, le diagnostic de traumatisme crânien même mineur n'a été posé. Pour le Dr J. _____, il eût fallu proposer un diagnostic différentiel dès lors que l'IRM cérébrale réalisée par le Prof. L. _____, dont les images sont au demeurant qualifiées de moyenne par le Dr J. _____, a été réalisée plus de 4 ans après le traumatisme. Au surplus, l'expert indique avoir appris à étudier consciencieusement les dossiers initiaux établis directement après le traumatisme et à se référer aux diagnostics qui y sont posés car ceux-ci reflètent avec exactitude, selon l'expert, les problèmes liés à un traumatisme donné. C'est ainsi que le status est normal et le status neurologique est physiologique; des douleurs paracervicales sont certes notées mais sans limitation des

amplitudes articulaires; il n'y a aucune notion de perte de connaissance, de nausées, de vertiges ni de désorientation. Il observe que dans la prise en charge initiale, pas plus que dans le suivi médical postérieur, le status neurologique a présenté un signe pathologique particulier, pas plus qu'il n'a été constaté de méningisme ou de trouble extra pyramidal. Le Dr J. _____ se montre ainsi très prudent quant à l'éventualité d'un traumatisme crânien, dès lors que celui-ci n'a jamais été évoqué avant le Prof. L. _____, la recourante présentant au surplus une hypertension artérielle et un passé psychiatrique. L'expert en déduit que les conclusions de l'IRM cérébrale du 9 octobre 2008 ne remettent pas en cause les conclusions de son expertise, aux termes de laquelle il considère que le statu quo ante, respectivement sine, a été atteint le 7 février 2006, soit le jour de la dernière consultation auprès de la Dresse G. _____. Cela étant, les troubles provenant du "coup du lapin" dont la recourante a été victime le 8 décembre 2003 sont décrits de manière suffisamment complète dans les rapports médicaux versés au dossier constitué et ne sont pas contradictoires entre eux. Il n'y a ainsi pas lieu de compléter l'instruction à ce propos. En conséquence, l'autorité de céans estime que les troubles neuropsychologiques présentés par la recourante ne se fondent pas sur une atteinte organique ou structurelle, soit une symptomatologie douloureuse persistante dans les suites d'un syndrome de distorsion cervicale accidentelle. f) Il convient encore de déterminer si les troubles présentés par la recourante sont en lien de causalité avec l'accident, compte tenu des critères posés par la jurisprudence. aa) Le Tribunal fédéral a précisé en 2008 sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre des plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme cranio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109). Selon cet arrêt (et la jurisprudence subséquente – cf. notamment TF 8C_39/2010 du 7 septembre 2010 c. 5), il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles. Le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité. Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante: - 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 (inchangé); - 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. bb) Il est établi en l'espèce que la recourante ne souffre pas d'une maladie psychique, qui pourrait être considérée comme une atteinte à la santé secondaire indépendante. Les critères ci-dessus sont donc pertinents (cf. à ce propos Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2 e éd., Bâle 2007, n. 99 p. 873). cc) Le dossier ne contient pas de renseignements particuliers sur l'accident du 8 décembre 2003, sinon dans les déclarations de la recourante à l'assurance et dans les chapitres "anamnèse" des rapports médicaux. Il est manifeste

cependant qu'il ne s'agit pas d'un accident grave, ni d'un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves. L'événement doit être qualifié d'accident de gravité moyenne, à la limite des accidents bagatelle. Un seul des critères ci-dessus n'est donc pas suffisant. Les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 91 p. 869). D'après le dossier, l'accident n'était ni particulièrement dramatique, ni particulièrement impressionnant. Les lésions subies, qui n'ont pas donné lieu à une hospitalisation, n'étaient ni graves ni d'une nature particulière (une distorsion du rachis cervical ne constitue pas en soi une lésion grave – ATF 134 V 109 c. 10.2.2). Le traitement médical administré (quelques comprimés, une approche antalgique par signal pulsé, des séances d'ostéopathie) n'a pas été spécial ni pénible. Le traitement médical n'a pas été compliqué et n'a pas provoqué de difficultés particulières; aucune erreur significative n'a été relevée. En outre, la recourante a pu reprendre le travail 9 jours après l'accident; travaillant à temps partiel (4 jours par semaine) avant l'accident, elle a choisi de quitter son emploi en raison de sa pénibilité qui exacerbait les symptômes. A cet égard, l'expert note que cela a constitué un événement révélateur de la décision prise par la recourante mais pas nécessairement la cause de celle-ci; elle a pu retrouver un nouvel emploi à temps partiel (50%). En définitive, seule la persistance de douleurs pourrait être retenue dans ce cadre. Or un seul critère ne suffit pas pour admettre un lien de causalité adéquate, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner plus en détail ces questions (tout en rappelant néanmoins que l'intensité des douleurs doit être examinée au regard de leur crédibilité, ainsi que de l'empêchement qu'elles entraînent dans la vie quotidienne – ATF 134 V 109 c. 10.2.4). Le refus de prolonger les prestations au-delà du 7 février 2006, pour les suites d'un traumatisme de type "coup du lapin", n'est donc pas contraire au droit fédéral, vu les exigences de la jurisprudence. Les griefs de la recourante sont par conséquent mal fondés. 3. Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice (art. 61 let. a LPG) ni d'allouer des dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPG). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition du 9 mai 2008 est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. IV. Il n'est pas 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 Pierre Seidler, avocat (pour V. _____), ■ Swica Assurances, - 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 :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.