

VD_GERICHTE ZA17.021780 vom 26. März 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-03-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.021780

FR: VD_GERICHTE ZA17.021780 du 26 mars 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.021780 del 26 marzo 2018

Erwägungen

E. 5

Au cas où une réponse à la question précédente, positive ou négative, ne pourrait être précisément donnée, l'accident assuré est-il plutôt une cause :

- 8 - invraisemblable (moins de 50 % de vraisemblance) / hautement vraisemblable (plus de 50 % de vraisemblance) [...] ? Il n'y a actuellement plus de relation de causalité.

E. 6

Dans le cas où des facteurs extérieurs joueraient un rôle, lesquels sont-ils ? Le cas, échéant, sont-ils la suite d'un autre accident ou d'une affection malade ? Il existe des facteurs dégénératifs cervicaux préexistants à l'événement accidentel au niveau C5-C6 et C6-C7, pouvant jouer un rôle dans la persistance des troubles. Actuellement, le tableau est essentiellement celui de douleurs d'origine tendino- musculaire/tendineuse dont la relation avec les seules conséquences de l'événement accidentel est douteuse (possible au plus).

E. 7

Y a-t-il lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré ? L'évolution favorable devrait en principe se poursuivre. Néanmoins, au vu de la persistance de plaintes plus d'un an après l'événement accidentel et compte tenu des constatations cliniques, il n'est pas possible d'écarter l'hypothèse de la persistance de plaintes cervico- brachio-crurales sans changement bien significatif en relation avec les facteurs tendomyogélotiques. Si tel devait être le cas, la relation de causalité naturelle avec l'événement accidentel devrait être limitée à une période d'un an après l'accident de janvier 2014. Sur le plan thérapeutique, il convient actuellement de poursuivre le traitement de chiropractie et de physiothérapie pour une durée actuellement indéterminée. En raison des éléments susmentionnés, la prise en charge de ce traitement au-delà de janvier 2015 est sujette à caution.

E. 8

Si oui, par quel traitement ? Cf. ci-dessus.

E. 9

Peut-on d'ores et déjà estimer que le cas est stabilisé ou à quelle date le sera-t-il ? Il n'est pas possible de dire que le cas est stabilisé, une amélioration ultérieure restant possible. D'un point de vue médico-théorique, il convient néanmoins de limiter le rôle des facteurs traumatiques à une période d'un an après l'événement accidentel, ceci sur la base de la jurisprudence actuelle, même si les troubles devaient persister.

E. 10

L'état de santé tel qu'il était avant l'accident a-t-il été à nouveau atteint et depuis quand (statu quo ante) ? Si tel n'est pas le cas, quand le sera-t-il ? L'état de santé, tel qu'il était avant l'accident, n'a pas été atteint de facto ; néanmoins, le rôle des facteurs accidentels proprement dit doit être considéré comme actuellement mineur, un an après l'accident, ceci compte tenu des constatations cliniques, radiologiques et de la jurisprudence. Ce sont des facteurs étrangers qui sont actuellement en jeu sous la forme d'un trouble somatoforme sans relation avec l'accident.

E. 11

L'assurée a-t-elle atteint le même état de santé que si l'accident ne s'était pas produit (statu quo sine) ? Le cas échéant, quand le sera-t-il ?

- 9 -

E. 12

Existe-t-il une incapacité de travail dans la fonction de cadre bancaire ? Si oui, quel taux d'incapacité de travail peut-il être retenu et quelle part serait imputable à l'accident ? Il n'y a actuellement pas d'incapacité de travail dans la fonction de cadre bancaire. » Par courrier du 1er mai 2015, Z. _____ a informé l'assurée qu'elle mettait fin à ses prestations au 31 janvier 2015, expliquant que selon l'expertise du D. _____, les séquelles de l'accident du 21 janvier 2014 avaient disparu une année après le traumatisme subi, soit au 31 janvier 2015. Z. _____ a indiqué la possibilité de réclamer une décision formelle dans les 30 jours. Elle a conseillé d'annoncer le cas à l'assureur- maladie et a retourné, à sa décharge, une facture établie le 7 avril 2015 par le Dr I. _____ concernant quatre traitements réalisés aux mois de février et mars 2015. Dans un certificat médical du 4 mars 2016, le Dr I. _____ a attesté une incapacité totale de travail à compter du jour-même, jusqu'au 4 avril 2016, date à laquelle la capacité de travail serait à nouveau entière. L'assurée a communiqué à son employeur qu'il s'agissait de séquelles de l'accident du 21 janvier 2014. Par lettre du 31 mai 2016, Z. _____ a maintenu sa position exprimée dans son courrier du 1er mai 2015. Le 27 juin 2016, l'assurée, désormais représentée par sa protection juridique Protekta, a prié l'assureur de rendre une décision formelle. Par décision du 7 octobre 2016, Z. _____ a refusé d' « accepter une rechute de l'accident du 21 janvier 2014 », expliquant que sa prise de position du 1er mai 2015 était entrée en force. Le droit aux prestations avait ainsi pris fin au 31 janvier 2015. Le 9 novembre 2016, l'assurée s'est opposée à cette décision, contestant l'entrée en force de la prise de position du 1er mai 2015. Par ailleurs, elle a soutenu que les troubles décrits dans le rapport d'expertise

- 10 - du D. _____ avaient persisté et donné lieu à l'arrêt de travail dès le 4 mars 2016. Cette expertise avait admis un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et les troubles subis et fixé de manière discrétionnaire et non fondée au plan médical une limite dans le temps d'une année après l'accident s'agissant des effets de ce dernier. Le 10 mars 2017, l'assurée a complété son opposition en alléguant qu'il existait clairement un lien de causalité hautement vraisemblable entre son état de santé et l'accident de janvier 2014, se référant à cet égard à deux attestations médicales jointes en annexe. Dans la première, établie le 14 février 2017, le Dr I. _____ certifiait que sa patiente souffrait encore des séquelles de l'accident de circulation du 21 janvier 2014, qu'elle était toujours en soins de manière continue depuis cet événement, que l'incapacité de travail du 7 mars au 4 avril 2016 s'inscrivait pour les mêmes motifs et qu'il ne s'agissait pas d'une rechute. Dans la seconde attestation, du 16 février 2017, le Dr T. _____, médecin praticien, certifiait que

l'assurée avait été en bonne santé habituelle, libre notamment de toute souffrance fonctionnelle sur le plan orthopédique, avant l'accident du 21 janvier 2014. La patiente se plaignait de cervico- scapulo-brachialgies bilatérales, de douleurs des avant-bras à prédominance gauche, ainsi que de dorsalgies et lombalgies depuis un whiplash lors de cet accident. Par décision sur opposition du 18 avril 2017, Z._____ a confirmé la décision du 7 octobre 2016 en ce sens que le versement de prestations cessait au 31 janvier 2015. Elle a expliqué que la question de l'entrée en force de la décision informelle du 1er mai 2015 pouvait demeurer ouverte, dès lors que le nouvel arrêt de travail devait dans tous les cas être examiné sous l'angle de la rechute. En effet, l'assurée avait repris son travail à plein temps en octobre 2014 déjà et aucun frais de traitement n'avait été pris en charge au-delà de la fin de l'année 2014. Seule était ainsi litigieuse la question du lien de causalité entre l'accident du 21 janvier 2014 et l'atteinte à la santé ayant justifié une nouvelle incapacité de travail dès le 7 mars 2016. Selon l'expertise du D._____, probante, l'accident avait joué un rôle durant une année, la persistance

- 11 - des troubles étant plurifactorielle, liée à des troubles dégénératifs cervicaux et à des facteurs de tensions tendino-musculaires. Par ailleurs, le rapport du Dr T._____ produit par l'assurée présentait un raisonnement en lien avec l'absence de souffrance fonctionnelle avant l'accident, lequel n'avait pas de valeur probante en droit des assurances sociales. Celui du Dr I._____ mentionnait que l'intéressée souffrait de manière continue depuis l'accident, ce qui allait à l'encontre des déclarations qu'elle avait faites en septembre 2014. B. Par acte du 18 mai 2017, P._____, désormais représentée par Me Gilles-Antoine Hofstetter, recourt contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à sa réforme, en ce sens que Z._____ doit verser les prestations de l'assurance-accidents, en particulier les frais de traitements médicaux et les indemnités journalières, ultérieurement à janvier 2015. Subsidiairement, elle conclut à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à Z._____ pour nouvelle instruction et/ou décision dans le sens des considérants. Elle conteste qu'il s'agisse d'une rechute, dans la mesure où son atteinte à la santé n'a jamais été guérie et qu'elle a toujours été en traitement. L'intimée a en réalité interrompu le droit aux prestations. Cette dernière ne peut prétendre que l'on est en présence d'une rechute au motif qu'elle n'aurait plus versé de prestations de l'assurance-accidents depuis la fin de l'année 2014, puisque la décision informelle du 1er mai 2015 relative au refus de prester n'est jamais entrée en force. Elle a en effet été valablement contestée dans le délai d'une année prévu par la jurisprudence. Par ailleurs, la recourante soutient qu'il existe un lien de causalité entre l'accident et ses troubles actuels. Elle critique la valeur probante de l'expertise du D._____, relevant en particulier qu'elle est contradictoire puisqu'elle décrit qu'il n'existe plus de lien de causalité, alors qu'elle conclut que l'état de santé n'est pas stabilisé, sans que l'on comprenne pourquoi. En outre, les experts n'ont pas fait la différence entre la causalité naturelle et adéquate. En annexe, elle a notamment joint un rapport de police du 9 février 2014 établi à la suite de l'accident du 21 janvier 2014, décrivant que la personne fautive, au volant de son véhicule, ne s'était pas rendue

- 12 - compte que la voiture de l'assurée était arrêtée devant un passage de sécurité et l'avait heurtée à l'arrière, avec une vitesse maximale de 50 km/h. Le véhicule endommagé à l'arrière était resté en mains de la conductrice. Dans sa réponse du 13 juin 2017, l'intimée propose le rejet du recours. Elle allègue que la thèse de la recourante, selon laquelle il ne s'agit pas d'une rechute, n'est pas admissible, car ses frais médicaux ont été pris en charge

jusqu'à fin 2014 et qu'elle a retrouvé une pleine capacité de travail en octobre 2014, se demandant si l'expertise prévue devait être maintenue. L'absence de contestation au courrier du 1er mai 2015 démontre qu'elle était d'accord avec les conclusions des experts et qu'elle n'attendait plus aucune prestation. Finalement, la qualification de l'état actuel comme une rechute ou une suite continue de l'accident de 2014 n'a d'incidence que sur le fardeau de la preuve. A cet égard, l'expertise du D. _____ est probante. Le fait que les experts ont décrit que l'apparition des troubles était en relation de causalité naturelle certaine avec l'accident n'empêche nullement un retour à un status quo sine ou ante à un certain moment, ce qu'ils ont retenu. L'intimée conclut que le lien de causalité entre l'accident précité et l'atteinte à la santé a cessé au 31 janvier 2015 et que la nouvelle incapacité de travail dès le 7 mars 2016 n'est plus à sa charge. Par réplique du 12 juillet 2017, la recourante soutient que l'expertise du D. _____ ne contient pas d'indications d'ordre médical attestant la disparition du lien de causalité. Elle ajoute qu'elle a continué son traitement auprès du Dr I. _____ après la fin de l'année 2014, précisant que l'intimée lui a retourné à sa décharge, en annexe à la décision informelle du 1er mai 2015, une facture de ce médecin concernant des traitements effectués aux mois de février et mars 2015. Elle produit une liste des factures du Dr I. _____ établie le 23 mai 2016 attestant que le traitement s'est poursuivi sans interruption du 15 avril 2015 au 22 avril 2016.

- 13 - Par duplique du 9 août 2017, l'intimée maintient ses conclusions. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et dans le respect des formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 et ATF 125 V 413 consid. 2c).

- 14 - b) En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 janvier 2015, singulièrement sur celle du lien de causalité entre l'accident du 21 janvier 2014 et les troubles présentés après cette date. c) Il y a lieu de préciser que l'assureur doit rendre par écrit les décisions qui portent sur des prestations, créances ou injonctions importantes ou avec lesquelles l'assuré n'est pas d'accord (art. 49 al. 1 LPGA). Les décisions indiquent les voies de droit. Elles doivent être motivées si elles ne font pas entièrement droit aux demandes des parties (art. 49 al. 3

LPGA). Selon l'art. 51 al. 1 et 2 LPGA, les prestations, créances et injonctions qui ne sont pas visées par l'art. 49 al. 1 LPGA peuvent être traitées selon une procédure simplifiée, l'intéressé pouvant toutefois exiger qu'une décision soit rendue. Selon la jurisprudence, celui qui entend contester le refus de prestations communiqué à tort par l'assurance-accidents selon une procédure simplifiée, sans décision formelle, doit en principe le déclarer dans un délai d'une année. L'assureur doit alors rendre une décision formelle, contre laquelle la procédure d'opposition est ouverte. A défaut de réaction dans le délai utile, le refus de prestations entre en force comme si la procédure simplifiée de l'art. 51 al. 1 LPGA avait été appliquée à juste titre (ATF 134 V 145 consid. 5.3.2). En l'occurrence, la prise de position du 1er mai 2015 de Z. _____, refusant l'octroi de prestations ultérieurement au 31 janvier 2015, n'a pas été rendue sous la forme d'une décision formelle. La recourante l'ayant contestée en mars 2016, soit dans le délai d'une année prévu par la jurisprudence, ce refus de prestations n'est pas entré en force. 3. Les modifications introduites par la novelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

- 15 - 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 129 V 177 consid. 3.1 et 118 V 286 consid. 1b ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de

- 16 - causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_794/2014 du 3 décembre 2015 consid. 4.2 et la référence citée). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit

prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). c) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, 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.). Il faut cependant 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 ; TF 8C_384/2013 du 1er avril 2014 consid. 3). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de vingt-quatre heures à, au maximum, septante-deux heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou se

- 17 - manifestent (TF 8C_792/2009 du 1er février 2010 consid. 6.1 et les références citées).

5. a) 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, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). b) Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). c) Il en va différemment en matière de troubles psychiques. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et de tels troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par ex. une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa et 115 V 133 consid. 6c/aa et les références citées ; TF 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Le

- 18 - Tribunal fédéral a encore précisé que ce qui est déterminant à cet égard, ce sont les forces générées par l'accident et non pas les conséquences qui en résultent. La gravité des

lésions subies – qui constitue l'un des critères objectifs définis par la jurisprudence pour juger du caractère adéquat du lien de causalité – ne doit être prise en considération à ce stade de l'examen que dans la mesure où elle donne une indication sur les forces en jeu lors de l'accident (TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2). Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF C_196/2016 du 9 février 2017 consid. 4, 8C_1007/2012 du 11 décembre 2013 consid. 3 et 8C_917/2010 du 28 septembre 2011 consid. 5.2.2) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

- 19 - Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6c/bb ; TF 8C_622/2015 du 25 août 2016 consid. 3.3). Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite du peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat puisse être admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1, 129 V 402 consid. 4.4.1 et 115 V 133 consid. 6c/aa et bb ; TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2). Dans le cas d'un accident de gravité moyenne (au sens strict, soit qui ne se trouve pas à la limite de la catégorie des accidents graves ou de peu de gravité), le Tribunal fédéral a retenu que trois critères au moins doivent être réalisés sans intensité particulière ou un critère de manière particulièrement marquée pour pouvoir admettre le lien de causalité adéquate (TF 8C_420/2013 du 30 mai 2014 consid. 7.2 et la référence citée). d) S'agissant plus particulièrement de la causalité adéquate en matière d'accident de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue à celui-ci ou d'un traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, il y a lieu de raisonner par analogie avec la jurisprudence en matière de troubles psychiques. Il convient donc d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer des critères objectifs analogues. L'examen des critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques. Le Tribunal fédéral a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10 ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1).

- 20 - Dans le cas où les symptômes appartenant au tableau clinique des séquelles d'un traumatisme de type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue ou d'un traumatisme cranio-cérébral, sont relégués au second plan par une atteinte psychique prépondérante, le lien de causalité adéquate doit être apprécié à la lumière des principes applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques (ATF 123 V 99 consid. 2a ; TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.5). 6. L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_368/2013 du 25 février 2014 consid. 4.2.4). Pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il appartient d'établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour

- 21 - remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou en établir le caractère incomplet (TF 9C_584/2011 du 12 mars 2012 consid. 2.3, 9C_268/2011 du 26 juillet 2011 consid. 6.1.2 et la jurisprudence citée). Cela vaut également lorsqu'un ou plusieurs médecins ont émis une opinion divergeant de celle de l'expert (TF 9C_268/2011 loc. cit., avec la jurisprudence citée). S'agissant des rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2). 7. En l'espèce, l'intimée, se fondant sur le rapport d'expertise du 27 février 2015 du D._____, soutient que le lien de causalité entre l'accident du 21 janvier 2014 et l'atteinte à la santé de la recourante a cessé au 31 janvier 2015, ce que cette dernière conteste. L'assurée se prévaut notamment du rapport du 16 février 2017 du Dr T._____, lequel présente toutefois une argumentation en lien avec l'absence de souffrance fonctionnelle avant l'accident. Or, 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 » ; cf. consid. 4b supra). L'attestation succincte du 14 février 2017 du Dr I._____, chiropracteur traitant, certifiant que sa patiente souffrait encore des séquelles de l'accident de 2014 et qu'elle bénéficiait toujours de soins de manière continue, ne suffit pas non plus pour établir un lien de causalité entre les troubles présentés après le 31 janvier 2015 et l'accident. Dans le rapport d'expertise du 27 février 2015 du D._____, les Drs W._____ et S._____ ont posé les diagnostics de status après distorsion cervicale

simple de degré II selon la Québec Task Force le 21 janvier 2014, sans évidence de lésion structurelle du système nerveux et locomoteur, de rachialgies cervico-dorso-lombaires et douleurs au niveau

- 22 - des membres supérieurs et des membres inférieurs, sans substrat neurologique, en relation avec surtout des facteurs tendomyogélotiques, de troubles dégénératifs cervicaux C5-C6 et C6-C7 sans relation avec l'événement accidentel et ses conséquences, ainsi que de trouble douloureux somatoforme persistant. Ils ont expliqué que l'examen clinique était globalement superposable à celui observé par la Dresse G. _____ en juin 2014. Les examens effectués par cette dernière n'avaient pas révélé d'élément en direction d'une atteinte radiculaire et tronculaire. De plus, les radiographies réalisées peu après l'accident montraient l'absence de lésion post-traumatique. Les plaintes formulées par la patiente paraissaient liées essentiellement à des facteurs tendomyogélotiques/musculaires plutôt qu'à des troubles liés à une atteinte proprement dite du système nerveux périphérique ou central. La persistance des troubles au niveau cervical pouvait aussi être en partie expliquée par les troubles dégénératifs, soit les protrusions/hernies discales mises en évidence lors de l'IRM cervicale du 9 mai 2014, lesquels préexistaient à l'accident et n'avaient pas été influencés significativement par ce dernier. Selon les experts, s'il n'y avait pas lieu de remettre en question la relation de causalité naturelle entre l'apparition des troubles et l'accident, la symptomatologie existante plus d'une année après l'accident n'était plus en relation de causalité avec ce dernier. S'agissant précisément de la question de la causalité entre l'accident et les troubles présentés, les experts ont relevé à plusieurs reprises que leur appréciation était basée sur « la jurisprudence actuelle », sans apporter de plus amples précisions. Il n'est donc pas possible de déterminer pour quels points ils s'y sont fondés, notamment si cela concernait l'analyse de la causalité naturelle ou adéquate. Or, l'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit, qui doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration, ou le juge, et non par des experts médicaux (cf. consid. 5a supra). Toutefois, dans la mesure où le caractère naturel et le caractère adéquat de la relation de causalité doivent être cumulés pour octroyer des prestations d'assurance-accidents, la jurisprudence admet de

- 23 - laisser ouverte la question du rapport de causalité naturelle dans les cas où ce lien de causalité ne peut de toute façon pas être qualifié d'adéquat (ATF 135 V 465 consid. 5.1). Il convient en l'occurrence d'examiner en premier lieu la question de la causalité adéquate. Il ressort du rapport d'expertise du D. _____ que l'assurée a subi une distorsion cervicale simple de degré II selon la Québec Task Force lors de l'accident du 21 janvier 2014, et que les troubles dont elle souffre n'ont pas de substrat neurologique et sont surtout attribués à des facteurs tendomyogélotiques. Ceci n'est contredit par aucune pièce du dossier et n'est pas contesté par l'intéressée. La mention de ces facteurs fait référence à ce que la jurisprudence désigne comme un status post-coup du lapin sans substrat organique objectivable. La jurisprudence a dégagé des critères objectifs permettant de juger du caractère adéquat du lien de causalité en matière d'accident du type « coup du lapin », d'un traumatisme analogue à celui-ci ou d'un traumatisme crano-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable. Il faut d'abord classer l'accident dans l'une des trois catégories définies, soit comme accident de peu de gravité, de gravité moyenne, ou grave (cf. consid. 5c et d supra). De manière générale, le Tribunal fédéral considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt devant un feu de signalisation ou un passage pour piétons constitue un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de

gravité (TF 8C_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2, 8C_398/2012 du 6 novembre 2012 consid. 5.2). En l'occurrence, le rapport de police établi à la suite de l'accident indique que le véhicule fautif, roulant à une vitesse maximale de 50 km/h, a heurté l'arrière de la voiture de l'assurée, qui était arrêtée devant un passage de sécurité. L'intéressée a toutefois déclaré par la suite qu'elle était en train de freiner pour laisser passer un piéton lorsqu'elle s'était fait emboutir (cf. déclaration de sinistre LAA du 27 janvier 2014 et rapport d'expertise du D._____). Quoiqu'il en soit, au vu des circonstances, l'accident du 21 janvier 2014 doit être qualifié d'accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité, étant au demeurant relevé que le véhicule de l'assurée roulait encore après l'accident, même s'il y

- 24 - avait eu des dégâts pour environ 7'000 fr., et que l'intéressée ne s'est pas rendue auprès d'un médecin immédiatement après l'accident (cf. rapport d'expertise du D._____ et rapport du 23 janvier 2014 du Dr B._____). 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 (cf. consid. 5c et d supra). En l'occurrence, la condition des circonstances particulièrement dramatiques ou du caractère particulièrement impressionnant de l'accident n'est à l'évidence pas remplie. A cela s'ajoute que les lésions physiques causées par l'accident n'ont pas non plus été particulièrement graves. En outre, même si l'assurée a continué à consulter régulièrement le Dr I._____, en moyenne deux fois par mois, en tous cas jusqu'à avril 2016 (cf. liste de factures du 23 mai 2016), l'on ne peut considérer qu'il s'agit là d'un traitement médical spécifique et pénible administré de manière prolongée. Il n'apparaît qu'il n'y a pas non plus eu d'erreurs dans le traitement médical, ni de difficultés apparues au cours de la guérison des troubles physiques, ce que la recourante ne relève au demeurant pas. Par ailleurs, même si la reprise de son activité professionnelle à 50 % dès la mi-mars 2014 ne s'est pas inscrite dans la durée, elle a travaillé à 80 % à compter du 4 août 2014, avec une incapacité de travail de 20 % attestée dès cette date et jusqu'à la mi-octobre 2014. Elle a effectivement augmenté son taux d'activité à 100 % au cours du mois d'octobre 2014. Le critère de l'importance de l'incapacité de travail n'est donc, lui non plus, pas rempli (cf. casuistique citée à l'arrêt TFA U 56/00 du 30 août 2001 consid. 3d/aa). Quant à celui relatif aux douleurs, 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). Même si les douleurs de l'assurée ont perduré sans interruption, elle a déclaré aux experts du D._____ que bien qu'étant encore incommodée par ces dernières, elle pouvait à nouveau faire tout ce qu'elle voulait (cf. rapport d'expertise du D._____, p. 4). La recourante n'était donc pas

- 25 - constamment et de manière significative entravée dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs, même si, par la suite, elle a soutenu que ses troubles étaient à l'origine de l'arrêt de travail du 7 mars au 4 avril 2016. Quoi qu'il en soit, ce critère 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, il ressort de l'analyse des critères définis par la jurisprudence que l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre l'accident du 21 janvier 2014 et les atteintes à la santé de la recourante doit être niée après une période d'une année dès l'accident (cf. rapport d'expertise du D._____). Au demeurant, il en irait de même si l'événement devait être qualifié d'accident de gravité

moyenne. Dès lors, la décision attaquée, mettant fin au versement des prestations au 31 janvier 2015 faute de causalité entre l'accident et les troubles présentés après cette date, ne prête pas flanc à la critique. 8. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a en outre pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

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