

# **VD\_GERICHTE ZA20.040723 vom 6. Dezember 2021**

VD Tribunal cantonal, 2021-12-06, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA20.040723](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.040723)

FR: VD\_GERICHTE ZA20.040723 du 6 décembre 2021

IT: VD\_GERICHTE ZA20.040723 del 6 dicembre 2021

## **Erwägungen**

### **E. 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

- 8 - n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

### **E. 2**

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mai 2020, singulièrement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident survenu le 26 juin 2019 et les troubles présentés après cette date.

### **E. 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 cranio-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 1er 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

- 13 - 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 ;

- 14 - 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).

## **E. 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).

- 15 - 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).

## **E. 6**

En l'espèce, l'intimée a nié le droit de la recourante à des prestations au-delà du 31 mai 2020, en considérant que les troubles persistants après cette date n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 26 juin 2019. Pour parvenir à cette conclusion, elle s'est en particulier fondée sur l'avis du Dr N.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement, qui lui-même s'est rallié à l'appréciation des médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_. Ceux-ci ont relevé que l'IRM pratiquée le 5 juillet 2019 n'avait objectivé qu'une discopathie paramédiane C5-C6 gauche arrivant au contact du fourreau médullaire sans toutefois le comprimer. Par ailleurs, la hernie discale ne pouvait pas être secondaire au traumatisme à basse énergie subie par l'assurée. L'examen physique, rassurant, n'avait pas révélé de raideur rachidienne ni aucune anomalie sur le segment dorsal, ni aux épaules. Au plan neurologique, l'examen spécialisé s'est révélé être dans les limites de la norme, sans signe d'atteinte radiculaire ou tronculaire. La patiente présentait des zones d'hyposensibilité subjective des quatre extrémités ne respectant aucun territoire radiculaire ou tronculaire avec une discrimination qui était parfaitement intacte et sans anomalie proprioceptive. Aucun diagnostic psychopathologique n'a été retenu. En définitive, les médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ ont retenu le diagnostic de traumatisme cervical indirect sans lésion organique correspondant à un degré II de la classification de la Neck Pain Task Force après traumatisme

- 16 - en whiplash. Sur la base de l'avis des médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_, le Dr N.\_\_\_\_\_ a constaté que l'accident n'avait occasionné aucune lésion structurelle qu'on puisse lui rapporter, qu'il n'y avait pas de séquelles objectivables de cet événement, qu'il n'y avait plus de traitement susceptible d'améliorer notablement la situation et que l'incapacité de travail peinait à trouver une justification médicale. La recourante soutient que les troubles qu'elle a présentés au-delà du 31 mai 2020 et qu'elle présente encore sont en lien avec les accidents survenus les 1er octobre 2018 et 26 juin 2019. Or la documentation au dossier, notamment les rapports radiologiques dont les médecins de la Clinique J.\_\_\_\_\_ ont tenu compte dans leur appréciation, ne font pas état d'atteinte traumatique. En effet, à la suite du premier accident survenu en 2018, une IRM avait été réalisée, laquelle avait mis en évidence un léger trouble statique fonctionnel cervical sur le plan sagittal sans autre anomalie remarquable, notamment sans atteinte traumatique osseuse. Après avoir été en incapacité de travail durant deux semaines, la recourante avait repris son activité professionnelle. Dans son rapport du 26 août 2019, le Dr L.\_\_\_\_\_

consulté par la recourante après son second accident en raison de douleurs à la nuque, au dos et à la hanche, a diagnostiqué une contusion cervicale, dorsale et de la hanche gauche. Seul un traitement conservateur à base d'antalgiques et d'AINS ainsi que de la physiothérapie ont été prescrits. Un nouvel examen par IRM a été effectué le 5 juillet 2019. Celui-ci ne montrait pas d'évolution par rapport à l'examen précédent. On retrouvait une rectitude au niveau cervical, une minime discopathie C5-C6 et une minime hernie discale médiane C5-C6 sans autre anomalie. Au niveau dorsal, aucune anomalie n'était à relever. Le Dr K. \_\_\_\_\_, quant à lui, n'a pas non plus fait état d'atteinte traumatique et a tout au plus relevé une composante tensionnelle musculaire cervico-thoracique à mettre éventuellement en lien avec la fluctuation pondérale que connaissait la recourante, ce qui restait à confirmer par une évaluation à la Clinique J. \_\_\_\_\_. En l'occurrence, force est de constater que les pièces au dossier ne permettent pas de s'écarter de l'appréciation du Dr N. \_\_\_\_\_,

- 17 - convaincante, qui rejoint celle des médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_, lesquels ont procédé à un examen fouillé de l'état de santé de la recourante. Dans le cadre de son recours, l'intéressée a produit un rapport du Dr H. \_\_\_\_\_ du 5 octobre 2020, selon lequel la patiente était connue pour un double traumatisme cervical avec possible composante craniocérébrale, compliqué de symptômes neurologiques et neuropsychologiques en cours d'évaluation et que jusqu'à l'obtention des résultats, cette symptomatologie devait être considérée comme consécutive aux événements traumatiques. La recourante a, par la suite, produit un nouveau rapport de ce médecin, daté du 6 mai 2021, faisant état d'un diagnostic de possible traumatisme cérébral compliqué d'un syndrome post-concussionnel, tout en soulignant l'absence de lésions cérébrales. Comme l'a relevé le Dr I. \_\_\_\_\_ dans son appréciation reçue le 2 juin 2021, l'avis du Dr H. \_\_\_\_\_ s'inscrit en contradiction avec les avis des médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_ et des constatations résultant des IRM effectuées en 2018 et 2019. En effet, à aucun moment, la notion de traumatisme cranio-cérébral a été évoquée. A la suite du premier accident, la recourante a souffert de cervicalgies post-traumatiques alors qu'à la suite du second accident, le Dr L. \_\_\_\_\_ a noté une contusion cervicale, dorsale et de la hanche gauche avec prescription d'antalgiques, d'AINS et de physiothérapie. Quant au Dr K. \_\_\_\_\_, il n'a pas non plus fait état d'un traumatisme crânien. Si la recourante a décrit, lors de l'évaluation interdisciplinaire réalisée à la Clinique J. \_\_\_\_\_, que sa tête avait heurté le pavillon du véhicule à la suite du premier accident, l'IRM effectuée le 12 octobre 2018 avait révélé un léger trouble fonctionnel cervical dans le plan sagittal sans autre anomalie remarquable, notamment sans atteinte traumatique osseuse. Le recourante a pu reprendre le travail deux semaines après l'événement sans autres complications. On relèvera encore qu'aux termes de son rapport du 6 mai 2021, établi à l'issue de la consultation spécialisée en neuroréhabilitation effectuée par la recourante, le Dr H. \_\_\_\_\_ se contredit lorsqu'il pose le diagnostic de « possible traumatisme cérébral léger » sans toutefois pouvoir le confirmer et qu'il mentionne expressément l'absence de lésions

- 18 - cérébrales. Il rappelle en outre l'importance du contexte psychoaffectif lourd dans lequel s'inscrit la symptomatologie cognitive de la recourante. Son appréciation ne saurait ainsi remettre en cause celle du Dr N. \_\_\_\_\_ et des médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_. A cet égard, on rappellera 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. Le rapport de la physiothérapeute produit au stade du recours ne permet pas non plus d'examiner la situation sous un autre angle. En effet, celui-ci n'apporte pas d'éléments nouveaux sur le plan médical, si ce n'est qu'il y est rapporté une amélioration de l'état de santé de la recourante grâce à la technique du « Dry needling » appliquée. Enfin, la décision d'inaptitude au placement émise par le SDE n'est d'aucun secours à la recourante, dès lors qu'en matière d'assurance-accidents, la situation doit être examinée uniquement en regard du lien de causalité existant ou non entre les troubles qui persistent et l'événement assuré. Dans les faits, l'assurée a bénéficié des prestations d'assurance jusqu'au 31 mai 2020, soit pendant une période de onze mois. Même si l'on devait admettre qu'elle ne présentait pas d'atteinte préexistante ou si l'on considérait que l'accident avait aggravé un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique, l'arrêt du versement des prestations au 31 mai 2020 ne prête pas le flanc à la critique, compte tenu de la jurisprudence applicable dans ces situations (cf. consid. 4 e/aa supra). b) Compte tenu de ce qui précède et du diagnostic de traumatisme cervical indirect sans lésion organique posé par les médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_, il convient d'analyser la situation à l'aune de la jurisprudence concernant les événements ayant entraîné un traumatisme

- 19 - 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 douleurs, notamment à la nuque (cf. déclaration de sinistre adressée à la CNA le 28 juin 2019). La recourante a encore fait état de troubles de la concentration liés à des céphalées en casque, des douleurs de la région temporo-mandibulaire des deux côtés ainsi que de douleurs orbitaires bilatérales (cf. rapport de la Clinique J. \_\_\_\_\_ du 15 novembre 2019). Quoiqu'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 Clinique J. \_\_\_\_\_ 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, on relèvera que l'assurée, au volant de son véhicule, était à l'arrêt à un feu rouge lorsque sa voiture a été emboutie par l'arrière. Selon ses dires, grâce à la distance de sécurité tenue avec le véhicule se trouvant devant elle et à sa réaction (freinage d'urgence), celui-ci n'a pas été percuté. L'airbag ne s'est pas déclenché. L'assurée avait en outre bouclé sa ceinture de sécurité. Elle n'a pas perdu connaissance. Un constat à l'amiable a pu être effectué sur place. Les dégâts du véhicule que conduisait la recourante ont été de peu de gravité (pare-chocs arrière). Celle-ci a ensuite été en mesure de reprendre la route au volant de sa voiture. 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 (cf. TF 8C\_783/2015 du 22 février 2016 consid. 4.2). En effet, seuls des critères objectifs rentrent en ligne de compte pour juger de la gravité d'un

- 20 - accident et non le ressenti subjectif qu'a pu avoir la recourante au moment des faits. 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 (contusions) causées par l'accident ne peuvent pas non plus être qualifiées de graves. En outre, même si l'assurée a consulté un certain nombre de thérapeutes (physiothérapie, kinésithérapie, ostéopathie, balnéothérapie) et a pris des antalgiques et des AINS, 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 semble s'être amélioré au fil des mois. 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 Clinique J. \_\_\_\_\_ que les douleurs étaient permanentes à prédominance diurne en particulier au démarrage et lors d'excès de toute activité physique, la symptomatologie atteignant son acmé vers midi et se poursuivant à la même intensité jusqu'au coucher. L'EVA (échelle de l'évaluation de la douleur) était estimée entre 3 à 8/10 en fonction du moment de la journée. Elle ne signalait plus de lombalgies, ni de sciatalgies. Elle a précisé que son traitement consistait en la prise de Zaldiar de manière discontinue et qu'elle prenait plus volontiers du Dafalgan lorsqu'elle allait marcher. Ainsi, il n'y avait quasiment plus de prise d'antalgique au moment de l'examen par les médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_. Elle a expliqué qu'elle faisait ses courses elle-même à pied ou en voiture, qu'elle se préparait à manger et qu'elle allait se promener l'après-midi. Les médecins de la Clinique

- 21 - J. \_\_\_\_\_ ont relevé que la discrétion des signes cliniques et neuroradiologiques contrastait avec l'importance des plaintes spontanées et les données recueillies lors de l'évaluation des capacités fonctionnelles. Il semblait donc que la recourante sous-estimait considérablement ses aptitudes fonctionnelles en s'auto-limitant dans les tests réalisés. Dans son recours, l'intéressée a mentionné qu'elle avait repris des médicaments tels que le Tilur retard et le Zaldiar mais en plus petites quantités. En outre, la physiothérapeute qui la suit depuis juillet 2020 a indiqué que les techniques de « Dry Needling » avaient été bénéfiques « subjectivement et objectivement » dans le traitement des douleurs. Il semble donc que son état de santé se soit amélioré depuis l'accident. En tout état de cause, on ne peut retenir que la recourante était constamment et de manière significative entravée dans sa vie quotidienne en raison de ses douleurs. Enfin, l'incapacité totale de travail de la recourante a certes duré de nombreux mois et elle n'a pas repris le travail. Cependant, les médecins de la Clinique J. \_\_\_\_\_ attestent déjà en novembre 2019, soit cinq mois après l'accident, qu'il n'existait aucune contre-indication à la reprise d'une activité professionnelle. Cela étant, 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 26 juin 2019 est la cause adéquate des troubles dont se prévaut l'intéressée après le 31 mai 2020. 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 1er juin 2020, ne prête pas flanc à la critique.

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 dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA),

- 22 - ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause et a procédé sans mandataire qualifié (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205 consid. 4b).

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