

S2 21 123

ARRET DU 27 SEPTEMBRE 2023

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière

en la cause

X _____, recourante

contre

HELSANA ACCIDENTS SA, intimée

(art. 6 LAA, causalité naturelle)

Faits

A. X _____, ressortissante italienne née le xx.xx1 1955, divorcée et sans enfant, travaillait en tant que veilleuse de nuit auprès de l'entreprise A _____ SA, à B _____, depuis le 4 janvier 2021 (pièce Helsana C 1). A ce titre, elle était assurée contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès d'Helsana Accidents SA (ci-après : Helsana ou l'assurance).

B. Par déclaration d'accident du 19 avril 2021, l'employeur a signalé que son employée s'était encoublée sur le tapis d'entrée du bâtiment en date du 8 avril précédent (*recte* : 30 mars 2021), ce qui lui avait causé une contusion à la cheville (pièce Helsana C 1).

Un scanner thoraco-abdominal réalisé le 14 avril 2021 a notamment permis de mettre en évidence une fracture-tassement du plateau supérieur de D12, des stigmates post chirurgie bariatrique de type by-pass et cholécystectomie sans signe de complication, une lésion juxta-centimétrique intra-utérine endométriale non rehaussante, un discret épanchement péricardique d'épaisseur juxta-centimétrique ainsi qu'une suspicion de fissure prothétique mammaire droite (pièce Helsana M 1).

Le 21 avril 2021, une IRM dorso-lombaire a été réalisée. Cette imagerie a montré une fracture-tassement vertébrale supérieure D12 d'allure aiguë, un très discret tassement central des plateaux vertébraux supérieurs de D6 et D8 d'allure chronique, une discopathie peu sévère à modérée au niveau lombaire sans protrusion significative ni sténose foraminale évidente associée ainsi que des remaniements dégénératifs facettaires étagés de la charnière dorso-lombaire et lombaire basse (pièce Helsana M 2).

En raison de la suspicion d'une fissure de la prothèse mammaire droite, une échographie mammaire a été effectuée le 22 avril 2021. Cet examen a révélé une rupture intra-prothétique bilatérale (pièce Helsana M 3).

Le 30 avril 2021, le Dr C _____, médecin traitant de l'intéressée, a indiqué que le premier traitement par ses soins suite à la chute de sa patiente le 30 mars précédent avait eu lieu le 14 avril 2021 et a posé les diagnostics de fracture-tassement vertébrale supérieure de D12 aiguë ainsi que de rupture prothétique mammaire. Ce médecin a estimé que la cause de ces symptômes était l'accident (pièce Helsana M 8).

Dans un rapport du 30 avril 2021, le Dr D _____, expert SIM et médecin-conseil spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, a retenu les diagnostics d'entorse

bénigne de la cheville et de fracture du plateau supérieur de D12. S'agissant de la rupture intra-prothétique bilatérale mise en évidence par l'échographie mammaire, il a constaté que cet examen n'avait pas montré de liquide péri-prothétique, ni de lésion focale ou d'atténuation suspecte des deux seins, qu'il n'y avait pas de signe de choc direct, tel qu'un œdème ou un hématome, qui prouverait un traumatisme significatif, et qu'il n'y avait pas non plus d'éléments indiquant une rupture de la membrane externe des prothèses mammaires. Dans ce contexte, et compte tenu de l'âge des prothèses en question (2006), ce médecin a considéré qu'il s'agissait le plus vraisemblablement d'une usure classique du matériel et non d'une complication traumatique, de sorte que le remplacement des prothèses mammaires n'était pas à la charge de l'assurance-accidents (pièce Helsana M 7).

Interpellée par Helsana, l'assurée a rempli et retourné le questionnaire « déroulement de l'événement » le 27 mai 2021. Elle y a expliqué qu'elle s'était encoublée sur le tapis d'entrée de son lieu de travail et qu'elle avait fortement chuté, ce qui lui avait provoqué de nombreuses contusions ainsi qu'une fracture de la vertèbre D12. L'intéressée a précisé qu'elle était tombée sur les fesses, après avoir essayé de se rattraper avec le bras, que sa cheville gauche avait été touchée et qu'elle avait ressenti des douleurs thoraciques (pièce Helsana C 17).

Le 31 mai 2021, le Dr D _____ a confirmé, compte tenu des informations fournies par l'assurée, que le diagnostic de fracture du mur supérieur de D12 était en lien de causalité naturelle grandement probable avec l'accident du 30 mars précédent, dans la mesure où elle avait chuté sur les fesses. Il a également maintenu que la fissure intra-prothétique des implants mammaires était due à l'usure, et non à l'accident (pièce Helsana M 9).

Par prise de position du 4 juin 2021, l'assurance a informé l'intéressée qu'elle prenait en charge le traitement et les indemnités journalières en lien avec la fracture vertébrale D12. Par contre, Helsana a indiqué qu'elle n'entendait pas entrer en matière s'agissant de l'opération relative au remplacement des implants mammaires, dès lors que la causalité entre l'accident et ce traitement n'était pas donnée au vu de l'âge des prothèses (pièce Helsana C 19).

Le 8 juin suivant, l'assurée a contesté cette prise de position, au motif que ses prothèses n'avaient pas été remplacées en 2006 mais en 2016, soit à peine 5 ans plus tôt, et que l'endommagement de celles-ci était dû au choc de sa chute du 30 mars 2021, dont l'ampleur était telle qu'elle avait aussi provoqué une fracture de la vertèbre D12. Elle a

ajouté qu'il était traumatisant pour elle de rester avec des prothèses déformées et a sollicité une consultation auprès du Dr D _____, afin qu'il puisse constater l'état desdites prothèses par lui-même (pièce Helsana C 20).

Par décision du 16 juin 2021, l'assurance a confirmé la prise en charge du cas en lien avec le diagnostic de fracture du mur supérieur de D12. En revanche, Helsana a retenu que, selon l'avis de son médecin-conseil, le lien entre les troubles de santé de l'intéressée au niveau mammaire et l'accident n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante, compte tenu de l'âge de la prothèse, du fait que le chirurgien veuille changer les prothèses des deux côtés et du caractère bénin de la chute. L'assurance a ajouté qu'un changement de prothèse aurait de toute façon eu lieu, tôt ou tard, même sans la chute du 30 mars 2021 et a ainsi dénié à l'intéressée tout droit à des prestations concernant ce diagnostic (pièce Helsana C 23).

Dans un rapport du 15 juillet 2021, le Prof. E _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstruction, a attesté avoir opéré l'assurée le 16 septembre 2016 pour un changement de prothèses. Il a précisé que ces nouvelles prothèses étaient de bonne qualité et qu'elles ne devaient en principe pas être changées avant 10-15 ans. Cependant, il a estimé qu'il était fort probable que l'accident du 30 mars 2021 ait provoqué une rupture des implants, si bien que dans ces conditions, il se justifiait de les changer (pièce Helsana M 11).

Le même jour, le Dr F _____, spécialiste FMH en gynécologie et obstétrique, a relevé que l'intéressée présentait une rupture bilatérale de ses prothèses mammaires « suite à un AVP » (accident de la voie publique) le 30 mars 2021, de sorte que ces dernières devaient être changées. Il a ajouté que cette opération ne visait pas un but esthétique et que les prothèses n'auraient plus dû être changées si elles n'avaient pas été rompues (pièce Helsana M 12).

Le 16 juillet 2021, l'assurée s'est opposée à la décision du 16 juin précédent, soutenant à nouveau que l'endommagement de ses prothèses mammaires était dû au choc lors de la chute du 30 mars 2021 et demandant à être examinée par le Dr D _____ (pièce Helsana C 26).

Le 19 juillet 2021, le Dr D _____ a rappelé que dans la déclaration « déroulement de l'événement » du 27 mai 2021, l'assurée avait expliqué être tombée sur les fesses. Dans ce contexte, et sur un terrain ostéoporotique probable, ce médecin a retenu qu'il était possible de se tasser une vertèbre. En revanche, il a indiqué ne pas comprendre

comment deux prothèses mammaires pouvaient se fracturer intérieurement, dès lors qu'elles n'avaient pas subi de choc par écrasement (pièce Helsana M 13).

Le 20 octobre 2021, l'intéressée a précisé qu'elle n'était pas tombée en atterrissant assise sur ses deux fesses, mais qu'elle avait été projetée en avant en s'encoublant et que pour éviter de se faire mal au visage, elle avait eu la réaction de croiser ses deux bras. Elle a expliqué qu'elle avait atterri sur son flanc droit et sa fesse droite, que l'impact avait été si fort qu'elle s'était fracturée la vertèbre D12 et qu'en serrant ses bras, ses prothèses mammaires s'étaient fendues (pièce Helsana C 35).

Par décision sur opposition du 1^{er} novembre 2021, l'assurance a rejeté les griefs de l'assurée et a confirmé sa décision du 16 juin précédent. Helsana a notamment soutenu que la causalité naturelle n'était pas donnée, dès lors qu'une chute sur les fesses, comme cela ressortait des premières déclarations de l'intéressée, n'était pas à même de causer une rupture de prothèses mammaires. L'assurance s'est pour cela basée sur l'avis de son médecin-conseil, estimant que les autres avis médicaux au dossier n'étaient pas suffisamment probants et rappelant d'une part que le seul fait que des symptômes douloureux se soient manifestés après la survenance d'un accident ne suffisait pas à établir un lien de causalité avec ce dernier et d'autre part que l'utilisation du terme « post-traumatique » n'était pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme, mais pouvait aussi décrire une chronologie d'événements (pièce Helsana C 36).

C. X _____ a recouru céans contre ce prononcé le 29 novembre 2021, concluant, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision sur opposition du 1^{er} novembre précédent et à la réformation de cette décision en ce sens que l'entier des frais relatifs au remplacement de ses prothèses mammaires soient pris en charge par Helsana. Elle a en substance critiqué l'appréciation du Dr D _____ et soutenu que ses prothèses avaient été changées en 2016, et non en 2006, si bien que la nécessité de les remplacer n'étaient pas due à l'usure, qu'elle avait été projetée en avant lors de la chute et avait atterri sur le flanc droit, qu'il était arbitraire de rejeter les avis des Drs C _____, E _____ et F _____, qui avaient tous attesté qu'elle présentait des lésions post-traumatiques, et que l'assurance n'avait mis en œuvre aucune contre-expertise pour se prononcer sur l'avis du Dr D _____. Elle a notamment joint à son envoi un rapport du Dr C _____ du 4 juin 2021, qui soulignait la nature post-traumatique des lésions présentées par sa patiente (fractures vertébrales, rupture des prothèses mammaires).

Dans sa réponse du 12 janvier 2022, l'intimée a conclu au rejet du recours et a principalement réitéré les éléments déjà développés dans sa décision sur opposition, notamment quant au fait que les premières déclarations de la personne assurée devaient prévaloir. Helsana a ajouté qu'au vu de l'avis de son médecin-conseil, fondé sur l'ensemble des pièces au dossier, et de l'absence d'avis médical contradictoire probant, il n'y avait pas lieu de mettre en place d'autres mesures d'instruction, notamment de requérir des avis médicaux complémentaires. L'assurance a en outre précisé que la jurisprudence n'exigeait pas qu'un examen personnel de la personne assurée soit systématiquement pratiqué, sans que cela ne contrevienne au droit d'être entendu de cette dernière.

Le 11 février 2022, la recourante a soutenu que les rapports qu'elle avait produits précédemment (Drs E _____, C _____ et F _____) étaient probants, contrairement à ceux du Dr D _____, qui se trompait sur l'âge des prothèses, et a souligné qu'elle n'avait jamais changé ses déclarations relatives au déroulement de l'accident, mais qu'elle n'avait fait qu'apporter plus de détails. Elle a par ailleurs reproché à l'intimée d'avoir changé le descriptif du déroulement de l'accident suite au rapport du Dr D _____ du 30 avril 2021, en ne mentionnant depuis lors plus le choc du haut du corps.

Le 23 février 2022, l'intimée a notamment précisé que l'erreur quant à la date de remplacement des prothèses n'était pas de nature à instaurer un doute justifiant la mise en place d'une expertise, eu égard aux avis probants et étayés de son médecin-conseil. Elle a pour le reste renvoyé à ses précédentes écritures.

L'échange d'écritures a été clos le 24 février 2022.

Considérant en droit

1.

1.1 Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Remis à la poste le 29 novembre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 1^{er} novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGa), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGa ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGa), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

2.

2.1 Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec ses troubles au niveau de ses prothèses mammaires.

2.2 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

2.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate.

L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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. Ainsi, 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 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). 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 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb).

En vertu de l'article 36 alinéa 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

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 ; arrêt 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

De plus, le Tribunal fédéral a eu plusieurs fois l'occasion de rappeler que l'utilisation du terme « post-traumatique » n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est survenue après un traumatisme. Il convient dès lors d'examiner dans quel sens l'expression est utilisée eu

égard aux circonstances du cas concret (arrêts 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 ; 8C_555/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1.1; 8C_856/2017 du 2 mai

2.4 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt

4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt 9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1)

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

2.5 Enfin, en présence de déclarations contradictoires de l'assuré au sujet du déroulement de l'accident, il convient de se référer à la maxime probatoire selon laquelle les «déclarations dites de la première heure» faites spontanément sont en principe plus impartiales et crédibles que des indications livrées postérieurement qui, consciemment ou inconsciemment, peuvent être influencées par des considérations ultérieures d'ordre

asséculoologique notamment. Lorsque l'assuré change de version au fil du temps, il s'impose d'accorder plus de poids aux informations données peu après l'accident qu'aux renseignements fournis après que l'assureur a prononcé le refus de la pris en charge du cas (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références).

2.6 En l'espèce, il convient d'examiner si Helsana était fondée à refuser la prise en charge de toute prestation liée au diagnostic de rupture intra-prothétique bilatérale, faute de lien de causalité naturelle entre cette lésion et l'accident du 30 mars 2021. Pour arriver à cette conclusion, l'intimée s'est basée sur l'appréciation du Dr D _____, expert SIM et médecin-conseil spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. A l'inverse, la recourante se prévaut des avis de son médecin traitant, le Dr C _____, et des Drs E _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstruction, et F _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, selon lesquels les lésions mammaires seraient consécutives à l'événement du 30 mars 2021.

A la lecture des pièces au dossier, il appert que la recourante ne peut pas être suivie. En effet, dans son rapport du 15 juillet 2021, le Dr F _____ a uniquement relevé que l'intéressée présentait une rupture bilatérale de ses prothèses mammaires suite à un accident de la voie publique le 30 mars 2021 et que celles-ci devaient être changées. Cet avis, très succinct et non motivé, indique simplement qu'une rupture prothétique a eu lieu après la chute du 30 mars 2021, mais ne contient aucune information sur la causalité entre cet événement et les lésions mammaires mises en évidence par l'imagerie du 22 avril 2021. De façon identique, dans son rapport du même jour, le Dr E _____ s'est contenté de relever qu'il était fort probable que l'accident du 30 mars 2021 ait provoqué une rupture d'implants chez l'assurée, cette rupture nécessitant le changement des prothèses de bonne qualité qu'il avait remplacées le 16 septembre 2016. Ce médecin n'a toutefois pas motivé son avis et ne s'est prononcé ni sur les résultats de l'échographie mammaire du 22 avril 2021, ni sur les conclusions du Dr D _____ à ce propos. Quant au Dr C _____, médecin traitant de l'intéressée, il n'a fait qu'indiquer dans le certificat médical LAA que la cause des symptômes de sa patiente était sa chute, sans plus de précisions, et s'est contenté, dans son rapport du 4 juin 2021, d'affirmer que l'imagerie multiple effectuée avait confirmé la nature post-traumatique des lésions mammaires, sans aucune motivation ou argumentation détaillée supplémentaire. A cet égard, la Cour rappelle que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. *supra* consid. 2.3), l'utilisation du terme « post-traumatique » n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme, mais qu'elle est souvent utilisée pour décrire une

chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est survenue après un traumatisme. *In casu*, le Dr C _____ se fonde sur l'imagerie effectuée pour justifier un lien de causalité entre les troubles mammaires de sa patiente et sa chute du 30 mars 2021. Or, s'il est vrai que le scanner thoraco-abdominal réalisé le 14 avril 2021 a mis en évidence une suspicion de fissure prothétique mammaire droite et que l'échographie mammaire droite a montré une rupture intra-prothétique bilatérale, ces examens ne traitent pas de la question du lien de causalité et le simple fait qu'ils aient été effectué après le 30 mars 2021 ne saurait suffire à établir un tel lien. Dès lors, en l'absence de toute motivation précise et détaillée de la part du Dr C _____ sur cette question, force est de constater que l'adjonction « post-traumatique » employée par ce dernier doit être interprétée dans le sens d'une attribution temporelle et non causale.

A l'inverse, le médecin-conseil de l'intimée a expliqué de manière claire et détaillée pour quelles raisons les lésions mammaires n'étaient pas en lien de causalité avec la chute du 30 mars 2021, à savoir parce que l'échographie mammaire du 22 avril 2021 n'avait pas montré de liquide péri-prothétique, ni de lésion focale ou d'atténuation suspecte des deux seins, qu'il n'y avait pas de signe de choc direct, tel qu'un œdème ou un hématome, qui prouverait un traumatisme significatif, et qu'aucun élément ne témoignait en faveur d'une rupture de la membrane externe des prothèses mammaires. De plus, suite aux explications fournies le 27 mai 2021 par l'assurée quant au déroulement de l'événement du 30 mars précédent, à savoir qu'elle était tombée sur les fesses après avoir essayé de se rattraper avec le bras, le Dr D _____ a retenu, dans son rapport du 19 juillet 2021, que s'il était effectivement possible dans ces circonstances de se tasser une vertèbre, il était en revanche incompréhensible que deux prothèses mammaires se fracturent intérieurement, en l'absence de choc par écrasement. L'avis de ce médecin se fonde en outre sur l'ensemble des pièces au dossier et repose sur une évaluation médicale complète et approfondie. Par ailleurs, la Cour relève que le simple fait que le Dr D _____ se soit initialement trompé sur la date de pose des prothèses, soit 2006 au lieu de 2016, n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante de son avis. En effet, compte tenu de toutes les raisons évoquées par ce médecin, rappelées ci-dessus, pour nier le lien de causalité entre les troubles mammaires et la chute du 30 mars 2021, cet élément n'était pas déterminant.

Enfin, la Cour constate que ce n'est que le 20 octobre 2021, à réception du rapport du Dr D _____ du 19 juillet précédent, que l'intéressée a apporté des précisions sur sa chute et soutenu qu'elle n'était pas tombée en atterrissant sur ses deux fesses, mais qu'elle avait été projetée en avant en s'encoublant, qu'elle avait eu la réaction de croiser

ses deux bras, qu'elle avait atterri sur son flanc droit et sa fesse droite, que l'impact avec le sol avait été si fort qu'elle s'était fracturée la vertèbre D12 et qu'en serrant ses bras, ses prothèses mammaires s'étaient fendues. Cette nouvelle version, faisant désormais état d'une chute en avant avec les bras croisés sur la poitrine, s'avère en contradiction avec celle fournie par l'intéressée le 27 mai 2021, qui relatait alors être tombée sur les fesses après avoir essayé de se rattraper avec le bras. Cela étant, en application de la jurisprudence dite des déclarations de la première heure (cf. *supra* consid. 2.5), la Cour considère, à l'instar de l'intimée, qu'il y a lieu de retenir la première version des faits livrée par la recourante, à savoir qu'elle a chuté sur les fesses après avoir essayé de se rattraper avec le bras.

Dans ces circonstances, il appert que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas. Dès lors, faute d'éléments pertinents permettant de mettre en lien les lésions de l'assurée au niveau mammaire avec l'accident du 30 mars 2021, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prêter concernant ces troubles. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée.

3. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. f^{bis} LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 27 septembre 2023