

# **NE\_GERICHTE ARMP.2024.176 vom 17. Dezember 2024**

NE Tribunal cantonal, 2024-12-17, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_ARMP.2024.176](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_ARMP.2024.176)

FR: NE\_GERICHTE ARMP.2024.176 du 17 décembre 2024

IT: NE\_GERICHTE ARMP.2024.176 del 17 dicembre 2024

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Interjeté dans les formes et délai légaux, le recours est recevable.

### **E. 2**

a) Selon l'article

### **E. 6**

al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance ( ATF 129 V 177 cons. 3.2; 402 cons. 2.2; 125 V 456 cons. 5a et les références). En vertu de l'article 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. 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 serait survenu 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 a été causé ou aggravé par l'accident (arrêt du TF du 22.12.2014 [8C\_32/2014] cons. 2.2 et les références). Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou

radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles (RAMA 2000 n° U 378, p. 190). Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (cf. arrêt du TF du 22.12.2014 [8C\_32/2014] cons. 2.3 et les références). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit par conséquent pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables ( ATF 126 V 353 cons. 5b). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet (causalité naturelle) 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 129 V 177 cons. 3.1). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ( ATF 126 V 319 cons. 5a; arrêt du TF du 17.07.2013 [8C\_788/2012] cons. 3 ). La jurisprudence a posé le principe que le seul fait que les médecins de l'assurance sont employés de celle-ci ne permet pas de conclure à l'existence d'une prévention et d'un manque d'objectivité. Si un cas d'assurance est jugé sans rapport d'un médecin externe à l'assurance, l'appréciation des preuves doit être soumise à des exigences strictes. L'existence d'un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, doit conduire le tribunal à demander des éclaircissements ( ATF 122 V 157 cons. 1d; arrêt du TF du 15.01.2018 [ 8C\_370/2017 ] cons. 3.3.1). En application du principe de l'égalité des armes, l'assuré a le droit de présenter ses propres moyens de preuve pour mettre en doute la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. Il s'agit souvent de rapports émanant du médecin traitant ou d'un autre médecin mandaté par l'assuré. Ces avis n'ont pas valeur d'expertise et, d'expérience, en raison de la relation de confiance liant le patient à son médecin, celui-ci va plutôt pencher, en cas de doute, en faveur de son patient. Ces constats ne libèrent cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance. 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 cons. 4.7; arrêt du TF du 15.01.2018 [ 8C\_370/2017 ] cons. 3.3.1). Cela étant, s'il n'existe pas de droit formel à une expertise médicale menée par un médecin externe dans la procédure d'octroi de prestations d'assurance sociale, lorsqu'il existe un doute, même léger, quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, le juge a le devoir d'ordonner une expertise ( ATF 135 V 465 cons. 4, arrêt du TF du 24.07.2017 [8C\_751/2016] cons. 3).

3. a) Il y a donc lieu de déterminer si l'accident du 25 décembre 2016 a provoqué la hernie discale et, dans la négative, s'il l'a déclenchée. Compte tenu de la jurisprudence, qui considère comme une règle tirée de l'expérience qu'une hernie discale n'est due à un accident que dans des conditions particulières et exceptionnelles (cons. 2b), la

nature de l'accident ne permet pas de retenir la première hypothèse. On ne peut en effet pas retenir qu'une glissade sur des cailloux entraînant une chute et un choc sur le dos revête une importance particulière. Force est de constater que, comparé aux événements relatés par la jurisprudence propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (arrêt du TF du 08.01.2007 [U 307/05] cons. 7.2 et les références), cet accident a été relativement modéré, si ce n'est banal, d'autant plus que le dossier médical ne fait état d'aucune lésion traumatique (par exemple une fracture ou une lésion osseuse).

b) Il s'agit donc d'examiner si la hernie discale a été déclenchée par l'accident du 25 décembre 2016 et, dans l'affirmative, quand le statu quo sine vel ante a été atteint. Pour admettre une relation de causalité pour le moins partielle (dans la mesure où généralement le disque est déjà porteur d'une altération dégénérative) entre un accident et le développement d'une hernie discale, il faut que trois critères soient remplis, à savoir : il doit s'agir d'un mécanisme accidentel "adéquat", ayant induit une hyperflexion ou une hyperextension forcée du rachis; les symptômes caractéristiques (radiculaires ou médullaires) doivent apparaître immédiatement après le traumatisme; le patient doit être asymptomatique avant l'accident (arrêt du TF du 22.11.2011 [8C\_1003/2010] cons. 4.1).

Selon le Dr E. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en radiologie, l'IRM du 12 avril 2017 a montré un rachis lombaire modérément dégénératif avec des discopathies étagées, une arthrose intersomatique et facettaire. "En arrière du corps de L5, hernie discale exclue siégeant sur le bord gauche du canal réalisant un conflit sur l'émergence dural L5 gauche". Il a conclu que le plus probable était que cette hernie provienne du disque L4-L5 luxée vers le bas (rapport IRN du 13.04.2017). Dans son avis du 2 mai 2017, le médecin-conseil de la Vaudoise a fait état d'un patient opéré d'une hernie discale L5-S1 et L3-L4 et d'une chute entraînant une hernie discale L4-L5 (comprimant la racine L5 gauche). Il a conclu à l'aggravation traumatique d'une lésion dégénérative préexistante et préconisé une prise en charge LAA durant quatre à six mois selon la jurisprudence (avec la mention "à vérifier SVP"). Dans son avis ultérieur, il a fait état d'une exacerbation traumatique d'une pathologie lombaire avec un traitement conservateur et une bonne évolution dès fin mars 2017. Il a signalé une réapparition des douleurs intervenue début avril 2017. La nouvelle IRM effectuée le 12 avril 2017 a montré une nouvelle hernie discale pour laquelle l'assuré a été opéré le 1er juin 2017. La prise en charge LAA devait avoir lieu jusqu'au 12 avril 2017 car l'IRM est considérée comme un moyen de preuve diagnostic (avis du 20.06.2017). Dans un questionnaire daté du 23 octobre 2017, le Dr A. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'il était tout à fait plausible que l'accident du 25 décembre 2016 fût de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les lésions constatées étaient vraisemblablement liées à l'accident en question (enchaînement chronologique, lien plausible de cause à effet entre le mécanisme du traumatisme décrit et les lésions objectivées). Selon lui, le statu quo ante n'était pas atteint à la date opératoire du 1er juin 2017. Dans son rapport du 24 janvier 2018, le Prof. D. \_\_\_\_\_ a fait état d'une récurrence de hernie discale L4-L5 gauche, après cure de hernie discale L4-L5 en juin 2017. Il y explique que l'accident du 25 décembre 2016 peut tout à fait avoir décompensé le disque et entraîné une hernie discale que le patient a développée par la suite et qui a nécessité l'opération de juin 2017. Par contre, la récurrence de hernie discale est une conséquence d'une complication post chirurgicale à moyen/long terme de l'intervention chirurgicale. Les lésions constatées sont, au degré de vraisemblance prépondérante, liées à l'accident du 25 décembre 2016 mais de manière indirecte, puisque c'est la hernie discale que le patient a présentée et qui a été

opérée en juin 2017 qui était la conséquence directe de cet accident. La récurrence de la hernie discale n'est qu'une conséquence indirecte suite à une complication chirurgicale. Il a ajouté qu'il existe d'autres lésions dégénératives aux niveaux sus et sous-jacents mais qui sont sans relation avec la symptomatologie présentée par le patient à sa première consultation du 3 octobre 2017, date à laquelle la symptomatologie était clairement liée à la hernie discale L4-L5 foraminale et extra-foraminale gauche. Cela a pu être confirmé par la herniectomie L4-L5 foraminale et foraminale gauche réalisée le 16 octobre 2017, qui a libéré le patient de cette symptomatologie. c) En l'occurrence, le recourant s'est immédiatement plaint d'une lombocruralgie gauche (cf. déclaration d'accident du 30.01.2017, rapport Dr A. \_\_\_\_\_ du 02.02.2017 et questionnaire "notion d'accident" du 20.02.2017). Malgré qu'il ait déjà souffert, selon ses propres déclarations, de deux hernies discales en 1993 (L5-S1) et 1998 (L3-L4) et pour lesquelles il avait été opéré, il ne ressort pas du dossier qu'avant l'accident l'intéressé ait été symptomatique. Au contraire, dans son rapport du 2 février 2017, son médecin traitant a mentionné un bon état général. S'agissant de savoir si le mécanisme de l'accident a été adéquat, aucun des médecins précités n'a expressément indiqué s'il a induit une hyperflexion ou une hyperextension forcée du rachis. Cela étant, les avis du Dr A. \_\_\_\_\_, du Prof. D. \_\_\_\_\_ et du médecin-conseil de l'intimée (dans la mesure où en admettant une prise en charge jusqu'au 12.04.2017, il considère implicitement que l'accident du 25.12.2016 a déclenché la hernie discale) concordent sur le fait que l'événement en question était de nature à entraîner une telle lésion, même si l'appréciation du médecin traitant de l'assuré repose sur le fait que son patient aurait glissé sur un rocher puis réussi à éviter la chute contrairement à ce qui ressort de la première déclaration d'accident ainsi que celles ultérieures. Cela étant, dès lors qu'aucun rapport médical ne remet en cause l'appréciation du médecin-conseil de l'assurance à cet égard, on doit considérer, comme l'a d'ailleurs implicitement fait l'intimée, que l'accident a, au degré de vraisemblance prépondérante, déclenché la hernie discale dont la prise en charge est sollicitée. Le traitement de celui-ci incombe donc à l'intimée jusqu'à ce que le statu quo sine vel ante soit rétabli. Cependant, faute d'avis médical pertinent à ce sujet, cette date ne peut être établie. Si les avis des Dr A. \_\_\_\_\_ et du Prof. D. \_\_\_\_\_ ne sont en soi pas propres à faire douter de l'appréciation du médecin-conseil sur ce point, c'est le manque de clarté et de motivation de sa conclusion se réduisant à signifier que la prise en charge LAA devait avoir lieu jusqu'au 12 avril 2017 "car l'IRM est considéré comme un moyen de preuve diagnostic" qui est décisive, ce d'autant plus qu'elle est contraire à la jurisprudence en la matière qui considère que lorsque des troubles dégénératifs préexistants au niveau de la colonne lombaire – tels qu'une hernie discale – qui étaient asymptomatiques, sont décompensés à cause d'un accident, l'aggravation doit être considérée comme terminée en règle générale après six à neuf mois mais au plus tard après une année (arrêt du TF du 04.06.2014 [ 8C\_326/2013] cons. 2.3). Dans la mesure où il existe un fort doute sur la fiabilité et la pertinence de l'avis du médecin-conseil à cet égard, on ignore quand exactement les conséquences de l'accident ont perdu leur effet causal, de sorte qu'il se justifie de renvoyer la cause à l'intimée pour instruction complémentaire sur ce point, par le biais d'une expertise. 3. Le recours est admis. Vu le sort de la cause, il est statué sans frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui obtient gain de cause, a droit à des dépens pour les démarches entreprises devant la Cour de céans, qui sont déterminés d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA). Ceux-ci doivent être définis dans les limites prévues par le décret fixant le tarif des frais, des émoluments de chancellerie et des dépens en matière civile, pénale et administrative (

TFrais ), du 6 novembre 2012 (art. 71, 73 al. 1). Le mandataire du recourant a déposé un état des honoraires pour un montant total de 3'733.20 francs, incluant 12 h 10 d'activités au tarif horaire de 280 francs (CHF 3'406.65), 50 francs de frais et 8 % de TVA (CHF 276.55 ), cette activité ayant entièrement été déployée avant le 1 er janvier 2018 . L'activité alléguée et la durée consacrée n'apparaissent pas excessives et correspondent à ce qu'exigeait le mandat en question puisque le mandataire ne représentait pas l'assuré en procédure d'opposition, ce qui a impliqué un travail plus conséquent pour une prise de connaissance du dossier. On peut dès lors ratifier le mémoire d'honoraires du 15 décembre 2017. On y ajoutera encore une nouvelle écriture datant du 29 janvier 2018, non facturée, faisant suite à la réponse de l'intimée et incluant l'analyse d'un nouveau rapport médical. Pour cette activité, une durée de 15 minutes peut être reconnue, ce qui correspond à 70 francs d'honoraires, 7 francs de débours et 5.95 francs de TVA au taux de 7.7 % valable dès le 1 er janvier 2018, soit un montant total de 82.95 francs. L'indemnité totale de dépens totale sera donc fixée à 3'816.20 francs, tout compris.

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