

NE_GERICHTE CDP.2011.203 vom 7. September 2011

NE Tribunal cantonal, 2011-09-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2011.203

FR: NE_GERICHTE CDP.2011.203 du 7 septembre 2011

IT: NE_GERICHTE CDP.2011.203 del 7 settembre 2011

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

mars 2007. Elle reproche en effet à l'intimée de s'être écartée de l'avis du Dr R., selon lequel il existerait un lien de causalité entre l'accident de ski du 2 mars 2007 et les troubles du dos, lesquels ont persisté après l'accident. Ce moyen est mal fondé, si l'on considère que, selon la jurisprudence, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage "post hoc ergo propter hoc", lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt du TF du 30.07.2009 [8C_6/2009] cons. 3 et les références citées).

Il résulte de ce qui précède qu'aucun indice concret au dossier ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation émise par le médecin de la CNA, le Dr G. Selon celle-ci, un rapport de causalité entre les douleurs dorsales actuelles et l'accident du 2 mars 2007 paraît tout au plus possible, ce qui conduit à nier le droit aux prestations (cf. infra, cons. 2a). C'est dès lors à bon droit que la CNA a estimé que l'existence d'une cause accidentelle ou d'une aggravation déterminante des troubles dégénératifs considérés n'est pas établie et que l'accident assuré ne joue plus de rôle dans les troubles litigieux. Le dossier tel que constitué permettant à la Cour de céans de statuer en l'état, il n'est pas nécessaire d'ordonner d'autres mesures d'instruction médicales.

5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Par ces motifs, la Cour de droit public

1. Rejette le recours.
2. Statue sans frais.
3. N'alloue pas de dépens.

Neuchâtel, le 7 septembre 2011

1 Si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

2 Le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident.

3L'assurance alloue en outre ses prestations pour les lésions causées à l'assuré victime d'un accident lors du traitement médical (art. 10).

Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives; les bénéficiaires de rentes d'invalidité doivent toutefois remplir les conditions posées à l'art. 21 de la loi.

1Nouvelle teneur selon le ch. I de l'O du 15 déc. 1997 (RO1998151).

E. 6

al.1 LA A, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'obligation éventuelle de l'assureur d'allouer ses prestations suppose l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident et cette incapacité de travail (ATF 118 V 286 cons. 1b; arrêt du TF du 01.02.2008 [8C 87/2007] cons. 2.2; Rumo-Jungo , Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 3e éd. 2003, p. 42; Ghélew/Ramelet/Ritter , Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents, 1992, p. 51). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 cons. 4c; Ghélew/Ramelet/Ritter , op. cit., 1992, p. 52). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art.

E. 11

OLAA). D'après la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 cons. 3a). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel effectif. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 cons. 2c et les références; RAMA 1994 no U 206, p. 326 cons. 2). L'exigence afférente au rapport de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement dommageable de caractère 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. 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 129 V 177 cons. 3.1, 129 V 402 cons. 4.3.1, 119 V 335 cons. 1, 118 V 286 cons. 1b et

les références; arrêt non publié du TA du 31.05.2007 [TA.2005.214] cons. 2a). b) 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. La jurisprudence a souligné à cet égard que 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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (arrêt du TF du 19.10.2009 [8C_1025/2008] cons. 3.2 et les références; RAMA 1992 no U 142, p. 75 cons. 4b; Maurer, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 469 nos 3-4). 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 20.08.2008 [8C_805/2007] cons. 2). La question de savoir si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus s'examine selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 p. 360; arrêt du TF du 03.11.2008 [8C_412/2008] cons. 5.1.2). c) Selon la doctrine médicale, une simple contusion ou distorsion vertébrale cesse de produire ses effets après plusieurs mois. Ainsi, en cas de lombalgies ou lombosciatalgies post-traumatiques, le status quo sine est atteint après trois à quatre mois, tandis que l'aggravation traumatique d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale, - qui est prouvée seulement lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ainsi que l'apparition ou l'agrandissement des lésions après un traumatisme -, est à considérer comme terminée après six à douze mois (arrêts du TF du 04.05.2010 [8C_1009/2009] cons. 3.1.1, du 01.10.2009 [8C_523/2009] cons. 2.2, du 11.11.2008 [8C_346/2008] cons. 3.2, du 03.11.2008 [8C_412/2008] cons. 5.1.3 et du 11.04.2005 [U 354/04] cons. 2.2 et les références médicales). 3. a) Le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans s'être penché sur toutes les preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre. A cet égard, l'élément déterminant n'est ni l'origine, ni la désignation du moyen de preuve comme rapport ou expertise, mais son contenu. Il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3a, 122 V 157 cons. 1c; arrêts du TF du 13.09.2010 [8C_85/2010] cons. 6.1; du 08.01.2008 [9C 168/2007] cons. 4.2; RAMA 1996 no U 256, p.215 cons. 4 et les références). Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social 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 cons. 3b/bb, 107 V 173 cons. 3, 104 V 209 cons. c). b) En matière d'appréciation 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. Il ne peut 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. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'article 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 ; arrêts du TF des 30.11.2010 [8C_149/2010] cons. 5, du 13.09.2010 [8C_85/2010] cons. 6.1 et la référence citée) . En outre, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dans la mesure où celui-ci est généralement enclin, en raison de la relation de confiance qui l'unit à son patient, à prendre parti pour lui en cas de doute (arrêts non publiés du TA du 22.07.09 [TA.2007.138] cons. 3b; du 18.11.2008 [TA.2006.410] cons. 3b; ATF 133 V 450 cons. 11.1.3, 125 V 351 cons. 3b/cc et les références; arrêt du TF du 12.06.2007 [4A 45/2007] cons. 5.1 in fine). 4. En l'espèce, il ressort du dossier que l'accident à ski est intervenu le 2 mars 2007 et que les douleurs au dos sont apparues dès le lendemain au réveil. Le Dr R., médecin traitant de la recourante, a constaté une douleur para-vertébrale L3, une limitation de la flexion et une abolition du réflexe achilléen gauche, posé les diagnostics de lombalgies avec suspicion d'atteinte radiculaire L4-S1 et ordonné de la physiothérapie et de l'antalgie. Aucune incapacité de travail n'a été attestée. La recourante s'est ensuite plainte de douleurs au dos, dans le questionnaire de la CNA rempli le 1 er juin 2007. Dans son rapport médical intermédiaire du 19 septembre 2007, le Dr R. a toutefois constaté une nette amélioration suite au traitement qui s'est terminé en avril 2007. Par la suite, la recourante ne s'est plus plainte de douleurs dorsales, jusqu'à l'automne 2010, soit pendant près de trois ans et demi. Il n'y a pas d'élément de continuité. Enfin, l'IRM lombaire réalisée par le Dr S., n'a pas décelé de défaut d'alignement ni de refoulement radiculaire décelable, la hauteur des vertèbres étant conservée, de même que le canal rachidien et les trous de conjugaison, qui ne sont pas rétrécis. Il a retenu la présence d'ostéophytes corporeaux et de protrusions discales essentiellement antérieures de L1 à L4 et une altération arthrosique facettaire postérieure gauche en L3-L4. On constate qu'il n'y a donc pas de tassement de vertèbres, ni d'apparition ou d'agrandissement de lésions après un traumatisme, cette circonstance faisant obstacle à la prise en compte d'un cas de "rechute", selon la jurisprudence susmentionnée. On peine dès lors à comprendre la conclusion du Dr R. dont les diagnostics, lombalgies sur discopathies et lombarthrose, seraient selon lui en relation de causalité avec l'accident du 2 mars 2007. Il faut bien plutôt se référer à l'avis du Dr G. dont l'appréciation médicale du 6 janvier 2010 mentionne que l'assurée a été victime d'un traumatisme lombaire ayant entraîné des douleurs para-vertébrales sans lésion osseuse rapportée. Il relève à juste titre que l'IRM réalisée le 3 décembre 2010 n'a pas montré de signe de compression radiculaire, mais des signes dégénératifs banaux au niveau du rachis lombaire, que l'on peut considérer que les troubles en rapport avec l'événement survenu il y a plus de trois ans sont éteints et que la relation de causalité entre les troubles évoqués dans la rechute et l'événement initial est donc seulement possible. Cet avis est certes bref, mais il permet néanmoins d'élucider le

point litigieux de manière claire, sur la base du dossier, de l'IRM du 3 décembre 2010 et du rapport médical y relatif du Dr S. Partant, l'avis du médecin d'arrondissement de l'intimée s'avère suffisamment motivé et convaincant pour répondre aux exigences posées par la jurisprudence relative à la valeur probante des documents médicaux (cons. 3a) et ses conclusions, corroborées par le déroulement des faits rappelés ci-dessus, ne peuvent qu'être suivies. Cet avis médical ne laisse place à aucun doute et il ne saurait être remis en cause par l'opinion divergente du Dr R., médecin traitant, qui doit d'ailleurs être appréciée avec circonspection. Quoi qu'il en soit, il n'est pas possible d'accorder valeur probante au rapport médical de ce dernier, du 23 décembre 2010, par trop succinct, dans lequel le médecin se contente d'énoncer les plaintes de sa patiente, de poser un diagnostic et de conclure que les troubles du dos sont en rapport avec l'accident du 2 mars 2007. En définitive, l'argumentation de la recourante repose essentiellement sur le fait qu'elle n'a eu absolument aucun problème de dos avant l'accident du 2 mars 2007. Elle reproche en effet à l'intimée de s'être écartée de l'avis du Dr R., selon lequel il existerait un lien de causalité entre l'accident de ski du 2 mars 2007 et les troubles du dos, lesquels ont persisté après l'accident. Ce moyen est mal fondé, si l'on considère que, selon la jurisprudence, admettre l'existence d'un lien de causalité au seul motif que des symptômes sont apparus après un accident revient à se fonder sur l'adage "post hoc ergo propter hoc", lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien (arrêt du TF du 30.07.2009 [8C_6/2009] cons. 3 et les références citées). Il résulte de ce qui précède qu'aucun indice concret au dossier ne permet de douter du bien-fondé de l'appréciation émise par le médecin de la CNA, le Dr G. Selon celle-ci, un rapport de causalité entre les douleurs dorsales actuelles et l'accident du 2 mars 2007 paraît tout au plus possible, ce qui conduit à nier le droit aux prestations (cf. infra, cons. 2a). C'est dès lors à bon droit que la CNA a estimé que l'existence d'une cause accidentelle ou d'une aggravation déterminante des troubles dégénératifs considérés n'est pas établie et que l'accident assuré ne joue plus de rôle dans les troubles litigieux. Le dossier tel que constitué permettant à la Cour de céans de statuer en l'état, il n'est pas nécessaire d'ordonner d'autres mesures d'instruction médicales. 5. Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. Il est statué sans frais, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

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