

# **NE\_GERICHTE CDP.2017.330 vom 4. September 2018**

NE Tribunal cantonal, 2018-09-04, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne\\_gerichte\\_CDP.2017.330](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ne_gerichte_CDP.2017.330)

FR: NE\_GERICHTE CDP.2017.330 du 4 septembre 2018

IT: NE\_GERICHTE CDP.2017.330 del 4 settembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

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

### **E. 2**

Le litige porte sur le maintien éventuel du droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1<sup>er</sup> avril 2017 pour les troubles persistants après cette date. La question de la restitution des prestations ne saurait entrer dans l'objet du litige à mesure que la demande de remboursement a été adressée directement à la caisse maladie perte de gain Axa Winterthur et qu'il ne s'agit dès lors pas d'une décision de restitution attaquant par le recourant. 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 (arrêt du TF du 20.09.2016 [8C\_21/2016] cons. 3. 1; ATF 129 V 177 cons. 3.2, 402 cons. 2.2, 125 V 456 cons. 5a et les références). 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 (arrêt du TF du 24.06.2015 [8C\_485/2014] cons. 3.1; ATF 129 V 177 cons. 3.2). 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (SVR 2009 UV no 3, p. 9; arrêt du TF du 24.06.2015 [8C\_485/2014] cons. 3.2). 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). 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. ATF 119 V 335 cons 2b/bb; RAMA 1999 no U 341 p. 408 cons. 3b). 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. 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.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables ( ATF 134 V 109 cons. 9). 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. Le segment impliqué doit présenter pour le moins sur le plan radiologique une structure intacte (absence de traces arthrosiques). 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. De manière générale, on peut s'attendre à un statu quo post-traumatique des lombalgies et des lombosciatalgies après trois ou quatre mois, alors que toute aggravation durable (dans le sens d'une chronicisation) post-traumatique doit être confirmée à la radiographie et se différencier d'une progression habituelle selon l'âge de la personne; u ne aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets au plus tard après six à neuf mois, voire au maximum après une année (SVR 2009 UV no 1, p. 1; arrêt du TF du 18.03.2015 [8C\_843/2014] cons. 8.1). 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). 3. a) Il y a lieu de déterminer si l'accident du 13 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. 2a), la nature de l'accident ne permet pas de retenir la première hypothèse. On ne peut en effet pas retenir que l'accident, soit le fait qu'une voiture soit entrée en collision avec l'arrière du véhicule dans lequel se trouvait l'assuré, suite à un freinage d'urgence revête une importance particulière. La vitesse du véhicule de l'intéressé au moment des chocs ne ressort pas du dossier. Toutefois, les blessures subies par le recourant ne revêtent pas une gravité particulière (en particulier, le recourant n'a pas subi de lésion structurelle ou neurologique, ni de blocage cervical aigu ) et semblent démontrer que les forces qui se sont développées lors de la survenance de l'accident, certes non négligeables, n'étaient pas particulièrement importantes. Ainsi, 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. b) Il s'agit donc d'examiner si la hernie discale a été déclenchée par l'accident. 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). Consulté le jour de l'accident, le Dr B. \_\_\_\_\_ a posé le diagnostic de cervicalgie, de lombalgie avec irradiation cervico brachiale gauche (rapport du 13.12.2016). Dans un rapport du 21 mars 2017, le Dr D. \_\_\_\_\_ a indiqué que l'examen clinique était plutôt rassurant en précisant toutefois qu'un scanner sur l'ensemble du rachis cervical semblait nécessaire. Au niveau lombaire, le médecin a indiqué que le scanner était tout à fait satisfaisant à mesure qu'il n'y avait pas de compression visible. Il a noté un peu d'arthrose, surtout en L3-L4 avec un épaississement du ligament. Il a ainsi proposé un traitement conservateur avec une rééducation pendant plusieurs semaines. Le 20 avril 2017, le Dr H. \_\_\_\_\_ a expliqué que le patient présentait une symptomatologie de sciatalgie L5 droite hyperalgique résistante à toutes les thérapeutiques et au traitement morphinique fort, de sorte qu'il a pratiqué une hémisection et discectomie L4-L5 droite en urgence. Dans son avis du 10 mai 2017, le médecin-conseil de la CNA a fait état d'un patient déjà opéré d'une hernie en L5-S1. Il a précisé que compte tenu des antécédents de chirurgie rachidienne et de l'existence d'une arthrodèse réalisée avant la survenance de ce nouvel événement, une discectomie en L4-L5 (09.04.2017) a été rendue nécessaire en raison d'une surcharge chronique survenue au fil du temps. Il a conclu qu'il n'y avait pas de signe en faveur d'une hernie discale post-traumatique à mesure que l'évolution de l'état de santé de l'assuré suite à l'accident avait été favorable puis s'était aggravé progressivement. Aussi, la radiculalgie n'a pas été d'apparition immédiate. Par ailleurs, le médecin a expliqué

que les antécédents de chirurgie rachidienne à des niveaux voisins contraindraient la nature post-traumatique pour l'acceptation d'une hernie discale post-traumatique. Il a en conséquence exclu une relation de causalité entre l'évènement traumatique et l'intervention chirurgicale. Dans un avis ultérieur (rapport du 26.05.2017), après une nouvelle prise de connaissance de l'anamnèse et des antécédents, il a retenu que l'évènement traumatique du 13 décembre 2016 avait cessé ses effets délétères le 1<sup>er</sup> avril 2017. Au cas particulier, il n'est pas déterminant que le Dr I. \_\_\_\_\_ n'ait pas examiné personnellement l'assuré, cette seule circonstance ne rendant pas sans valeur probante son appréciation, qui repose sur un dossier médical contenant des constatations objectives établies sur la base d'exams complets (cf. arrêt du TF du 24.06.2015 [8C\_485/2014] cons. 5.1.4). A la lecture des considérations médicales, on doit constater que l'argument principal mis en avant par le recourant est le fait que les douleurs sont apparues après l'accident et qu'elles n'ont pas entièrement disparu depuis malgré les traitements entrepris. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie sur la base de ce seul élément ( cf. arrêt du TF du 31.03.2015 [8C\_423/2014] cons. 4.3 et les références citées ). Cela revient en effet à se fonder sur le principe "post hoc ergo propter hoc" lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle ( ATF 119 V 335 cons. 2b/bb). Par ailleurs, les conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_, selon lequel "on ne peut pas retenir de signe en faveur d'une hernie discale "post-traumatique" et que " l'évènement traumatique du 13.12.2016 a cessé ses effets délétères le 01.04.2017" est convainquant. D'autre part, les radiologies de la colonne cervicale et de la colonne lombaire ont exclu une lésion osseuse post-traumatique ( scanners du rachis lombaire des 27.12.2016, 20.06.2017 et 07.07.2017, scanner du rachis cervical du 15.03.2017) . Au vu de ce qui précède, la CNA n'avait donc aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr I. \_\_\_\_\_, qui sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence. Le recourant ne peut du reste s'appuyer sur aucun avis médical contraire. A toutes fins utiles, la Cour de céans relève que l'avis non étayé du Dr F. \_\_\_\_\_ du 28 juin 2017 – retenant que l'accident est responsable de l'aggravation du tableau clinique de l'assuré – ne constitue en soi qu'une appréciation divergente de l'avis du Dr I. \_\_\_\_\_ qui n'est pas à même d'invalider les conclusions du médecin conseil, lesquelles n'ont d'ailleurs pas été contestées par un autre médecin. La Cour rappellera qu'il convient à la partie qui entend remettre en cause le bien-fondé d'un point de vue médical sur lequel s'est basé l'assureur-accidents de mettre en évidence des éléments objectivement vérifiables – de nature notamment clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'appréciation et qui seraient suffisamment pertinents. Encore faut-il que l'existence d'un tel élément soit dûment attestée par des renseignements médicaux crédibles et tangibles. Ce n'est pas le cas en l'occurrence. Dès lors, en l'absence d'éléments médicaux objectifs susceptibles de mettre en doute la fiabilité de l'appréciation du médecin interne à l'assureur, la causalité naturelle n'est pas établie entre la symptomatologie dont souffre le recourant et l'accident du 13 décembre 2016. Faute de causalité naturelle, la question de la causalité adéquate est sans objet. La CNA était dès lors fondée à mettre un terme à ses prestations le 1<sup>er</sup> avril 2017 au soir, sans instruction complémentaire. 4. Il suit des considérants qui précèdent que le recours se révèle mal fondé et qu'il doit être rejeté. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA). Vu le sort de la cause, le recourant n'a pas droit à une allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).