

VD_FINDINFO AA 57/11 - 105/2012 vom 1. November 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-11-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_57_11_-_105_2012

FR: VD_FINDINFO AA 57/11 - 105/2012 du 1 novembre 2012

IT: VD_FINDINFO AA 57/11 - 105/2012 del 1 novembre 2012

Regeste

INDEMNITÉ JOURNALIÈRE, ACCIDENT, LIEN DE CAUSALITÉ, DROIT À LA PRESTATION D'ASSURANCE | 16 LAA, 18 LAA, 6 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 4

En l'espèce, les rapports susmentionnés de la Clinique M._____ sont probants. Ils réunissent les critères énumérés ci-dessus au considérant 3c/cc. Selon ces rapports, les anomalies indiquées dans les diagnostics seraient "non traumatiques". Au niveau psychiatrique, il n'y aurait également aucun critère pour un syndrome de stress post-traumatique (cf. notamment rapport du 22 novembre 2012, p. 3). Dans cette mesure, la Cour de céans relève, en outre, que les accidents de peu de gravité – tel que chute banale ou glissade – et même les accidents à la limite inférieure de la gravité moyenne ne sont, selon la jurisprudence du Tribunal fédéral, régulièrement pas de nature à causer des troubles psychiques invalidants (cf. ATF 115 V 138 consid. 6; 124 V 44 consid. 5c/bb). La jurisprudence nie alors l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et d'éventuels problèmes psychiques. Cela vaut ici pour l'accident du 31 octobre 2009 qui consistait en une chute dans les escaliers avec réception sur le coccyx et suite auquel le premier médecin traitant, Dr J._____, a uniquement constaté un hématome au niveau de la fesse gauche. Par ailleurs, les constatations de la Clinique M._____ ne sont pas contredites par d'autres rapports médicaux, antérieurs ou postérieurs à celui du 22 novembre 2012, notamment par les rapports des Drs S._____, W._____ et L._____. Selon le Dr W._____, il n'y a pas d'atteinte neurologique, en particulier radiculaire ou tronculaire. Le Dr L._____ parle d'une "maladie discale dégénérative L5/S1". Certes, le Dr L._____ a retenu un lien entre l'accident du 31 octobre 2009 et la symptomatologie douloureuse de l'articulation sacro-iliaque droite. Cependant, le traumatisme n'avait que révélé une pathologie déjà sous-jacente, dont la révélation douloureuse et le diagnostic initial dataient déjà de l'année 2000. Vu les problèmes préexistants, l'assuré allait de toute manière ressentir les douleurs en question, indépendamment de l'incident du 31 octobre 2009. Les diagnostics de lyse isthmique bilatérale et de la spina bifida occulta avaient déjà été posés en l'an 2000 par le Dr S._____; de plus le dernier diagnostic est une affection congénitale. Une simple chute de sa hauteur avec réception sur les fesses n'entraîne pas de hernie discale. Par une telle chute, la lyse isthmique aurait d'ailleurs dû céder en premier, ce qui n'a pas été le cas. Le Dr H._____ a confirmé dans son courrier du 3 décembre 2010 à la Drsse J._____ qu'il n'y avait pas eu de fracture à la suite de la chute et que les anomalies de la jonction lombo-sacrée étaient préexistantes au traumatisme. Finalement, le Dr P._____ a confirmé dans son appréciation du 21 janvier 2011 que toutes les investigations et

consultations effectuées démontraient qu'aucune lésion structurelle du rachis du patient n'était en relation avec l'accident du 31 octobre 2009 et qu'en particulier les anomalies de la jonction lombo-sacrée mises en évidence sur les radiographies étaient préexistantes à cet accident. Les constatations des médecins sont claires. Dans cette mesure, il n'y a pas lieu "de consulter les dossiers médicaux avec [le] médecin traitant" du recourant, comme l'a demandé ce dernier. Un complément d'instruction n'est pas nécessaire. Ainsi, il n'existe pas d'élément objectif qui confirmerait l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre d'éventuels troubles persistants au-delà du 31 janvier 2011 et l'accident du 31 octobre 2009. Comme il a été retenu au considérant 3c/bb, ce n'est pas parce que le recourant fait valoir qu'il n'avait jamais ressenti des douleurs au même endroit du dos avant l'accident, qu'il s'impose d'admettre un lien de causalité. Les constatations médicales précitées s'opposent sans conteste à une telle conclusion, raison pour laquelle la condition du lien de causalité mentionné n'est pas établie au degré de vraisemblance prépondérante dans le cas particulier.

E. 5

a) Par un deuxième moyen, le recourant fait valoir que l'assureur aurait dû lui laisser le temps de chercher un nouvel emploi avant de "stopper" ses prestations. Il renvoie à un arrêt du Tribunal fédéral des assurances (TFA) du 23 août 1999, mentionné dans Valérie Montani/Olivier Bindschedler, La jurisprudence rendue en 1999 par le Tribunal administratif et le Conseil d'Etat genevois, in: Semaine judiciaire 122/2000 p. 440 n° 47. b) Avant toute chose, il sera retenu que l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro (dès maintenant et pour l'avenir) à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Ainsi, il peut liquider le cas en indiquant que, selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu ou ne produit plus ses effets (cf. ATF 130 V 380 consid. 2.3.1; TF 8C_92/2010 du 6 octobre 2010 consid. 3.2.1). Selon l'arrêt du TFA auquel se réfère le recourant, un assuré peut être considéré comme apte au placement sous l'angle de l'assurance-chômage (LACI; RS 837.0) en même temps qu'il est incapable de travailler au sens de l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10). Dans ce cas, l'assureur-maladie qui veut mettre fin au versement des indemnités journalières doit, si la diminution du dommage peut être exigée de l'assuré, impartir à ce dernier un délai pour trouver un emploi adapté, que la jurisprudence fixe selon les circonstances entre trois et cinq mois. En l'espèce, la situation n'est pas identique. D'une part, le TFA admet dans le cas qu'il a traité que la personne concernée était incapable de travailler au sens de la LAMal. Dès lors, elle aurait en principe droit à des prestations selon cette loi. Dans le cas du recourant, l'intimée considère - à juste titre, comme exposé ci-dessus - que le recourant ne présente plus de lésions qui font l'objet de l'assurance-accidents et qu'il n'y a ainsi plus d'incapacité de travail suite à l'accident. Dès lors, le recourant ne remplit plus les conditions nécessaires à l'octroi de prestations selon la LAA. Il s'agit donc d'une situation différente de celle qui a été jugée dans l'arrêt du TFA. D'autre part, et pour le surplus, force est de constater que ce n'est pas uniquement lors de l'entretien téléphonique du 4 janvier 2011 que l'assuré a appris que ses problèmes persistants avaient – du moins aussi – une cause malade et n'étaient pas dus au seul accident du 31 octobre 2009. Avant cette date, il avait, en outre, aussi déjà été question que l'assuré reprenne un emploi dès le 1^{er} janvier 2011. Notamment, le rapport de la Clinique M._____ du 22 novembre 2010 et le rapport du Consilium psychiatrique du 8 octobre

2010 retiennent que l'assuré avait des difficultés à supporter les contraintes liées à l'obligation d'une "prochaine reprise d'une activité professionnelle". Le séjour dans la Clinique M. _____ a eu lieu du 29 septembre au 22 octobre 2010. Le rapport précité du 22 novembre 2010, qui a trait à la sortie de l'assuré de la clinique le 22 octobre 2010, retient aussi que "pour l'instant, il paraît justifié de le laisser à l'incapacité de travail pendant encore 6 semaines pour réaliser les thérapies en fitness". A l'occasion de la consultation du 2 décembre 2010, Dr H. _____ a encouragé l'assuré à reprendre un travail au début de l'année 2011. L'assuré savait donc que dès janvier 2011, il devait s'attendre à reprendre une activité professionnelle. En outre, l'intimée n'est pas responsable du fait que l'assuré a perdu son emploi chez son ancien employeur parce que ce dernier a cessé ses activités (cf. rapport précité du 22 novembre 2010). Au vu de l'annonce faite le 4 janvier 2011 de la fin des prestations au 31 janvier 2011, l'assuré avait suffisamment de temps pour se présenter, le cas échéant, à l'assurance-chômage. On ne voit finalement pas dans quelle mesure, l'intimée aurait induit l'assuré en erreur ou lui aurait inspiré confiance dans la continuation du versement des indemnités journalières. Finalement, l'assuré n'a d'aucune manière établi, voire même prétendu, avoir subi un préjudice dû à l'annonce début janvier 2011 du terme du versement d'indemnités journalières à la fin du mois (cf. aussi TF 8C_429/2011 du 5 juin 2012 consid. 5.4).

E. 6

Vu ce qui précède, la décision sur opposition rendue le 23 mars 2011 par la CNA n'est pas critiquable et le recours, qui se révèle ainsi mal fondé, doit être rejeté.

E. 7

Le recourant, qui succombe, et l'intimée n'ont pas droit à des dépens. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (cf. art. 61 let. a et g LPG; ATF 127 V 205).

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