

# VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 624 vom 16. Oktober 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-10-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2015\\_\\_624](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2015__624)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 624 du 16 octobre 2015

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2015 / 624 del 16 ottobre 2015

## Regeste

ACCIDENT, HERNIE DISCALE, LIEN DE CAUSALITÉ, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, DÉCISION DE RENVOI, EXPERTISE | 10 LAA, 36 LAA, 6 LAA, 43 LPGGA, 44 LPGGA

## Erwägungen

### E. 1.1

Les dispositions de la LPGGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGGA).

### E. 1.2

Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD).

### E. 1.3

En l'espèce, le recours du 24 décembre 2014 a été interjeté en temps utile contre la décision sur opposition du 18 novembre 2014, compte tenu des fêtes de fin d'année (cf. art. 38 al. 2 let. c LPGGA, sur renvoi de l'art. 60 al. 2 LPGGA). Déposé devant le tribunal compétent, il respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

## E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 18 avril 2014, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles observés depuis lors et l'événement du 21 mars 2014. Dans ce contexte, il conviendra de se prononcer sur la valeur probante des différentes pièces médicales versées au dossier, soit essentiellement des avis des Drs F. \_\_\_\_\_ et J. \_\_\_\_\_, spécialistes en chirurgie, respectivement neurochirurgie.

### E. 2.1

Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la 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. Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGa). L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

### **E. 2.2**

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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. 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF [Tribunal fédéral] 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1). 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 précité ; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 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 (non-application du raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C\_42/2009 du 1<sup>er</sup> octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGa, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 349/05 du 21 août 2006).

### **E. 2.3**

En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références).

### **E. 3**

D'après l'art. 36 al. 1 LAA (concours de diverses causes de dommages), les prestations pour soins, les remboursements pour 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. Cette disposition suppose toutefois que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à celui-ci ; il faut quand même qu'il y ait un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé ; cela implique que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est donc pas applicable lorsque l'accident et le facteur étranger à l'accident ont causé des lésions distinctes sans corrélation entre elles ; cela est par exemple le cas lorsque le facteur étranger à l'accident concerne d'autres parties du corps que celles qui sont concernées par l'accident (ATF 126 V 116 consid. 3b ; TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 3.2.1 ; 8C\_216/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; 8C\_181/2009 du 30 septembre 2009 consid. 4.1, in : SVR 2010 UV n° 4 p. 17 ; 8C\_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4) Si l'accident a aggravé une atteinte préexistante, l'assureur-accident doit prester selon l'art. 36 al. 1 LAA même si la part de la maladie est prédominante et la part de l'accident minime (TF 8C\_476/2011 du 5 décembre 2011 consid. 6.2). A l'art. 36 al. 1 LAA, il n'est pas fait de distinction entre une aggravation temporaire (all. : « vorübergehende Verschlimmerung ») et le déclenchement d'une atteinte préexistante qui ne réduisait pas encore la capacité de gain avant l'accident (all. : « erstmalige Manifestierung des krankhaften Vorzustands ») (TFA U 370/00 du 29 mai 2002 consid. 1b). Le but de cette disposition est de faciliter le règlement du dommage et d'éviter que l'assuré doive s'adresser à plusieurs assureurs (ATF 126 V 116 consid. 3a). 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 ou plus 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). 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 (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et RAMA 1992 n° U 142 p. 75). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal

ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

#### **E. 4.1**

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a).

#### **E. 4.2**

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela étant, 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'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

#### **E. 5**

Une certaine concrétisation du principe de la libre appréciation des preuves a lieu eu égard à l'expérience médicale et, sur cette base, par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Cela a notamment des effets sur la condition du lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé. Ainsi, 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, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si une 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 d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C\_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; 8C\_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3 ; 8C\_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid.1.3 ; U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.1 ; TFA U 149/99 du 7 février 2000 consid. 3, in : RAMA 2000 n° U 378 p. 190 ; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56). Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; U 179/03 du

## E. 7

juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 363 du 9 septembre 1999 p. 46 consid. 3a). Enfin, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le statu quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (all : « eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss ») (TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 ; 8C\_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2, in : SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 4.2.1, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; TFA U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et U 60/02 du 18 septembre 2002 consid. 3.2, les trois derniers arrêts avec des références à la doctrine médicale ; cf. aussi Monica Armesto, UV-spezifische Beweisprobleme, in : Steiger-Sackmann/Mosimann, Recht der Sozialen Sicherheit, Bâle 2014, n. 18.47 ss, p. 648 s.). 6. In casu, il est incontesté par les parties, et au demeurant incontestable, que la chute à ski dont a été victime le recourant représente un accident au sens de l'art. 4 LPGA. 6.1 Si l'intimée semble a priori avoir concédé au recourant que cet accident revêtait une importance particulière au sens entendu par la jurisprudence fédérale citée supra en lien avec les hernies discales (cf. consid. 5), il ressort néanmoins des explications contenues dans sa correspondance du 3 septembre 2014 à l'assuré, qu'elle a considéré comme déterminante l'absence d'incapacité de travail dans les suites immédiates de l'accident. Swica a en effet expressément relevé qu'à son sens « l'existence d'un lien de causalité aurait pu être niée dès le début du traitement médical » (cf. correspondance du 3 septembre 2014 p. 3). Cela étant, aux termes de sa décision sur opposition du 18 novembre

2014, elle a fait application de la jurisprudence fédérale rendue en lien avec la problématique des hernies discales, énoncée ci-avant sous considérant 5, pour justifier un statu quo sine vel ante prématurément fixé à l'issue d'un mois suivant l'accident. Selon ladite jurisprudence, l'incapacité de travail immédiate n'est toutefois requise que dans les cas où l'on veut admettre que la hernie discale était due principalement à l'accident. L'intimée a ainsi à la fois usé d'une partie des critères susceptibles d'entraîner la négation de la causalité principale, tout en se référant expressément aux éléments déterminants en l'absence d'une telle causalité principale dans les cas de hernies discales, alors que la jurisprudence fédérale corrélative n'admet dans ces dernières situations (sans causalité principale de l'accident) le retour à l'état antérieur que dans les trois à quatre mois, voire six à neuf mois, après l'accident (cf. à cet égard TF 8C\_677/2007 consid. 2.3.2 cité ci-avant sous consid. 5). Cette démarche contradictoire, voire confuse, ne permet pas de dégager une solution claire dans le cas particulier, tout en ne procédant pas exhaustivement et logiquement de l'examen des critères dégagés respectivement dans chaque cas de figure par le Tribunal fédéral.

6.2 Si l'on peut certes constater avec l'intimée que l'assuré n'a consulté son médecin généraliste traitant, le Dr D.\_\_\_\_\_, qu'à partir du 1<sup>er</sup> avril 2014 et qu'il n'a pas présenté d'incapacité de travail avant l'intervention chirurgicale, on ne voit pas que l'appréciation du Dr F.\_\_\_\_\_ soit suffisamment motivée pour justifier la fixation d'un statu quo sine vel ante à la date du 18 avril 2014. Dans la mesure où la jurisprudence fédérale pertinente repose sur des études médicales reconnues, il appartenait dès lors à ce spécialiste d'exposer précisément les raisons pour lesquelles il y aurait lieu de s'écarter des périodes de guérison usuelle dégagées par la jurisprudence concernée. En outre, on relèvera que l'assertion non étayée du Dr F.\_\_\_\_\_, relative à la faible probabilité de la survenance d'une lésion osseuse suite à une chute à ski, apparaît plutôt du ressort de l'examen de la causalité principale. Cet avis laisse planer des doutes quant à la conclusion de ce spécialiste quant au retour à l'état antérieur à la date du 18 avril 2014, sa remarque relevant plutôt de la négation de ladite causalité.

6.3 Quant à l'opinion exprimée par le Dr J.\_\_\_\_\_, elle ne saurait davantage être suivie comme telle, quand bien même il s'agit d'un avis spécialisé, dans la mesure où l'on ne peut exclure toute incidence de son mandat thérapeutique dans sa prise de position. Au demeurant, tout en communiquant une détermination opposée à celle du Dr F.\_\_\_\_\_, le Dr J.\_\_\_\_\_ n'expose pas de manière suffisamment précise en quoi les lésions constatées devraient forcément être attribuées à l'accident du 21 mars 2014. Il ne s'est pas davantage exprimé sur l'opinion de son confrère quant à l'influence de lésions dégénératives, se limitant à l'écarter, sans autre explication. En définitive, en présence de deux avis médicaux spécialisés divergents, dont aucun ne peut se voir accorder pleine valeur probante au sens de la jurisprudence rendue à cet égard, il s'impose de procéder à une instruction complémentaire du cas d'espèce.

### **E. 7.1**

Dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPG). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C\_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances

examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C\_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

## **E. 7.2**

En l'espèce, au vu des carences dont souffre encore le dossier de la présente cause, la Cour de céans considère justifié, conformément à la jurisprudence fédérale citée supra, de renvoyer la cause à l'intimée pour en compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un médecin spécialiste indépendant d'elle. Une telle expertise devra se prononcer au degré de la vraisemblance prépondérante sur la présence d'éventuelles lésions dégénératives préexistantes à l'accident du 21 mars 2014, ainsi que sur le lien de causalité entre ledit accident, la hernie discale présentée par l'assuré et les troubles allégués au-delà du 18 avril 2014, en tenant compte de l'expérience médicale sur laquelle le Tribunal fédéral a basé sa jurisprudence (cf. supra consid. 5). A l'issue de ce complément diligenté par l'intimée, il lui incombera de rendre une nouvelle décision statuant sur son éventuelle obligation de prendre en charge le cas au-delà de la date litigieuse précitée.

## **E. 8**

Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée, sous suite de renvoi à l'intimée pour complément d'instruction avant nouvelle décision.

### **E. 8.1**

La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice.

### **E. 8.2**

En revanche, obtenant gain de cause, le recourant, assisté d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, fixés in casu à 2'000 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA ; 55 al. 1 LPA-VD et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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