

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 703 vom 27. September 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-09-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__703

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 703 du 27 septembre 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 703 del 27 settembre 2017

Regeste

PHYSIOTHÉRAPIE, AA, REJET DE LA DEMANDE | 10 al. 1 LAA, 21 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 27.09.2017 Arrêt / 2017 / 703

PHYSIOTHÉRAPIE, AA, REJET DE LA DEMANDE | 10 al. 1 LAA, 21 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 46/16 - 102/2017 ZA16.020472 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du 27 septembre 2017 _____ Composition : Mme Pasche , présidente Mme Röthenbacher et M. Neu, juges Greffière : Mme Raetz ***** Cause pendante entre : L. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Christine Graa, avocate à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée. _____ Art. 21 al. 1 LAA. E n f a i t : A. a) L. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le [...], était engagé en qualité de directeur de la société R. _____ et à ce titre assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 19 juillet 2002, il a été victime d'un accident de circulation, avec coup du lapin. Le 31 mai 2005, il a à nouveau été victime d'un accident de la route. Le 18 novembre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud a reconnu à l'assuré le droit à une rente entière de l'AI dès le 1 er novembre 2005. La CNA a pris en charge les suites des deux accidents précités. Le 10 mai 2013, la CNA a reconnu à l'assuré du fait de ces accidents le droit à une rente de l'assurance-accidents de 50 % à compter du 1 er juin 2013, et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 30 %. Cette décision est entrée en force. b) Dans l'intervalle, le 23 avril 2013, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, a constaté que les séances de physiothérapie dont bénéficiait l'assuré, soit quatre séances hebdomadaires, étaient encore indiquées, mais à une fréquence moindre. Il proposait la prise en charge d'une séance par semaine pendant deux mois, puis, durant trois mois, d'une thérapie médicale d'entraînement et, à l'issue de celle-ci, le versement d'une contribution unique de 300 fr. pour un abonnement de fitness. Le 26 avril 2013, la CNA a informé l'assuré de la réduction de ses prestations dans le sens préconisé par le Dr J. _____. Le 22 mai 2013, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a expliqué qu'il suivait l'assuré depuis longtemps s'agissant de la problématique liée à sa colonne vertébrale. Ce dernier lui avait relaté que lorsque l'intensité du suivi en physiothérapie avait été réduite, cela avait eu des répercussions négatives sur son état clinique, avec une augmentation des douleurs, une réduction de la mobilité, et en partie également s'agissant de ses performances (« Leistungsfähigkeit »). Le spécialiste s'est étonné du fait qu'avec de tels diagnostics, le patient était toujours motivé à organiser avec succès ses loisirs – autant que possible – et ses

intérêts professionnels. Selon le Dr D. _____, un arrêt de la physiothérapie entraînerait une régression absolue au niveau de l'évolution et du tableau cliniques du patient. Il a souligné l'importance du maintien de la mobilité et de la stabilité musculaire dans le but de diminuer les douleurs et de conserver les performances (« Leistungsfähigkeit ») de l'assuré. Dans un rapport du 27 mai 2013, le Dr J. _____ a indiqué que l'intensité actuelle de la physiothérapie pouvait être maintenue pour le moment, mais qu'une nouvelle évaluation serait nécessaire après trois mois. Le 11 septembre 2013, le Dr D. _____ a relevé que son patient avait affirmé que grâce à la physiothérapie, la situation demeurait stationnaire, de sorte qu'il pouvait effectuer ses tâches de la vie quotidienne et de son travail de manière satisfaisante sans subir d'importantes restrictions dans sa qualité de vie. Le Dr D. _____ a répété qu'il était à ses yeux essentiel que le patient puisse continuer la physiothérapie. Dans un rapport du 12 septembre 2013, Q. _____, le physiothérapeute de l'assuré, a expliqué que la situation concernant le syndrome cervical s'était détériorée ces derniers temps, ce que montraient également les dernières radiographies. Depuis le début de la thérapie, il notait des progrès plutôt modérés. Le but du traitement était de stabiliser, éventuellement d'améliorer la situation au niveau des vertèbres cervicales. Les séances consistaient en des massages, de la gymnastique et, avec un certain intervalle, des ultrasons et de l'électrothérapie. L'assuré bénéficiait de deux séances de thérapie par semaine, à l'issue desquelles il s'entraînait avec des appareils de musculation. La thérapie durait quarante-cinq minutes. Le 26 novembre 2013, le Dr D. _____ a une nouvelle fois exposé qu'il était selon lui très important que la physiothérapie puisse être poursuivie sur le long terme. Il était essentiel de maintenir la situation pour éviter qu'elle ne s'aggrave. Le 10 juillet 2014, le Dr D. _____ a à nouveau énoncé que la physiothérapie devait être continuée afin de maintenir l'état général du patient. Le 6 octobre 2014, le Dr M. _____, médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que les conditions de la poursuite de la prise en charge de la physiothérapie au sens de l'art. 21 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20) n'étaient plus réalisées, en relevant qu'après plusieurs années de physiothérapie, l'assuré devrait être en mesure d'effectuer de façon autonome l'entraînement idoine. Une participation aux frais pour un abonnement de fitness pouvait toutefois être allouée. Le 6 octobre 2014, le Dr D. _____ a une nouvelle fois exposé que la physiothérapie devait être poursuivie afin d'éviter une péjoration de la situation. Le 30 septembre 2015, le Dr D. _____ a répété que la physiothérapie, qui se déroulait avec succès, devait être continuée. Il a estimé que si cette thérapie était négligée, les plaintes du patient s'aggravaient. Ce dernier avait toujours des limitations liées à ses douleurs et, « comme déjà évoqué », avait restreint son activité professionnelle, de même que ses activités sportives, de manière à contenir ses douleurs. Dans un rapport du 3 novembre 2015, le Dr M. _____ de la CNA a relevé que l'assuré souffrait de multiples modifications dégénératives de l'entier de la colonne vertébrale et qu'il avait en outre subi des distorsions dans le cadre d'accidents de la circulation en 2002, 2005 et 2012. Il a retenu que la poursuite des séances de physiothérapie guidées, respectivement des mesures de physiothérapie passives, consécutives aux accidents, n'était plus indiquée. D'une part, en tant que mesures passives destinées à traiter les symptômes, on ne pourrait en attendre une amélioration de la situation de l'assuré. D'autre part, après plusieurs années de physiothérapie, le recourant devait être en mesure d'exécuter lui-même les exercices préconisés pour renforcer ou maintenir la musculature du dos. Toutefois, une participation aux frais pour un abonnement de fitness pouvait être allouée, de manière à ce que l'intéressé puisse s'entraîner de manière indépendante. Le 6 novembre 2015, la CNA a informé

l'assuré qu'elle ne prendrait plus en charge le traitement de physiothérapie au-delà du 31 décembre 2014. Si souhaité, elle pouvait verser une participation unique de 300 fr. pour un abonnement de fitness. Le 1^{er} décembre 2015, l'intéressé a sollicité de la CNA une décision sujette à recours. Par décision du 14 janvier 2016, la CNA a fait savoir à l'assuré que les conditions à la poursuite de la prise en charge des séances de physiothérapie au sens de l'art. 21 LAA n'étaient plus remplies, admettant toutefois la participation aux coûts d'un montant unique de 300 fr. pour un abonnement annuel de fitness. Le 2 février 2016, l'assuré, alors représenté par Me Ulrich Glättli, a formé opposition à cette décision, en faisant pour l'essentiel valoir que les conditions de l'art. 21 LAA demeuraient réalisées, se référant en particulier aux appréciations du Dr D._____. L'assuré a relevé qu'il était encore actif professionnellement au sein de son entreprise familiale dans la mesure de ses possibilités, ce qui ne serait plus possible si son état de santé se péjorait. Il ressortait des éléments au dossier qu'en l'absence de séances régulières de physiothérapie, il subirait une aggravation de son état et une détérioration très importante de sa capacité de gain résiduelle. Le 29 février 2016, la Dresse S._____, spécialiste en neurologie, a estimé qu'une thérapie chirurgicale n'était en l'état pas indiquée, mais a recommandé d'urgence la reprise d'une physiothérapie intensive. Dans le cadre de la physiothérapie, un entraînement musculaire afin de renforcer la musculature abdominale, du tronc et des muscles fessiers était indiquée. Comme la thérapie ambulatoire n'avait pas conduit à un succès permanent, respectivement à une stabilisation de la situation, la spécialiste a recommandé une réhabilitation intensive stationnaire, lors de laquelle une perte de poids devait également être visée, élément qui contribuerait de manière très importante à la qualité de vie du patient. Par décision sur opposition du 18 mars 2016, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé la décision du 14 janvier 2016. Elle a retenu qu'il était exigible de ce dernier qu'il effectue de manière indépendante, à la maison ou dans un centre de fitness, des exercices de renforcement de la musculature abdominale et du tronc. Etant donné qu'il avait suivi des séances de physiothérapie durant plusieurs années, on ne voyait pas pour quelles raisons il ne serait pas capable d'effectuer ces exercices lui-même ou avec le soutien d'un instructeur de fitness. Il ressortait de l'appréciation du Dr M._____, au degré de la vraisemblance prépondérante, que des mesures manuelles telles que des massages n'étaient d'aucune utilité thérapeutique pour stabiliser, respectivement développer la musculature de l'assuré. Un entraînement dans le but de renforcer la musculature abdominale, du tronc et des muscles fessiers avait d'ailleurs été recommandé par la Dresse S._____. B. Par acte du 3 mai 2016, L._____, désormais représenté par Me Christine Graa, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant principalement à la poursuite de la prise en charge des séances de physiothérapie, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée pour complément d'instruction. Il a fait valoir que les avis des Drs J._____ et M._____ de la CNA étaient contredits par ceux des Drs S._____ et D._____, sans que l'intimée n'explique en quoi les rapports de ses médecins internes auraient une valeur probante prépondérante. Le recourant a produit un rapport du 19 avril 2016 du Dr D._____, lequel retenait que l'appréciation neurologique appuyait son avis, à savoir qu'il était indiqué que le patient suive une physiothérapie continue dans le but de maintenir son état actuel. Le 26 septembre 2016, la CNA a conclu au rejet du recours. En réplique, le 7 décembre 2016, le recourant a soutenu que la CNA s'était exclusivement fondée sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr M._____, lequel était un généraliste et non un spécialiste. Ce dernier estimait que les séances de physiothérapie n'étaient plus nécessaires, tout en admettant pourtant la nécessité

d'un suivi. Or, le recourant ne disposait pas des mêmes connaissances qu'un physiothérapeute et ne pourrait pas effectuer des manipulations sur sa personne, de surcroît dans le dos. Un instructeur de fitness ne saurait remplacer un physiothérapeute. Le rapport du Dr M. _____, très succinct, ne revêtait pas la valeur probante exigée par la jurisprudence. Il était en outre en contradiction avec les avis de ses médecins traitants, ce qui aurait dû conduire au maintien des prestations ou, en cas de doute, à la désignation d'un expert. Le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire orthopédique. Le 6 février 2017, la CNA a une nouvelle fois conclu au rejet du recours, en se référant à une appréciation du 30 janvier 2017 de la Dresse F. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la CNA, dont les conclusions étaient les suivantes : « Nous ne pouvons que nous rallier à l'avis du Dr M. _____. La poursuite d'une physiothérapie n'est pas au degré de vraisemblance prépondérante indiquée. Dans le cas d'une entorse cervicale de degré II selon la classification québécoise comme chez M. L. _____, la poursuite d'une physiothérapie de longue durée n'est pas recommandée et entretient le prolongement de la symptomatologie douloureuse et surtout favorise l'apparition [d']un substrat psychologique. Du point de vue thoracique, M. L. _____ présente une maladie de Scheuermann dont l'hypercyphose et la déformation du disque de la 3^{ème} vertèbre thoracique en sont les manifestations. Le traitement de la maladie de Scheuermann chez l'adulte consiste [en] un renforcement de la musculature abdominale, qui consiste en un travail personnel comportant des exercices réguliers et pour lequel la physiothérapie est superflue. Si le tassement du plateau de la 3^{ème} vertèbre thoracique est une fracture qui aurait eu lieu entre 2005 et 2009, celle-ci est de toute évidence depuis longtemps consolidée. Une fois la consolidation obtenue, la situation étant stabilisée et une fois que M. L. _____ a suivi [recte : et M. L. _____ ayant suivi] une "école du dos" en physiothérapie, nous rejoignons le cas de figure de la maladie de Scheuermann et la suite réside en des auto-exercices personnels et réguliers. La physiothérapie de longue durée est vaine. » Le recourant a maintenu sa position le 21 février 2017, observant que l'avis de la Dresse F. _____ ne pouvait être suivi au vu des éléments médicaux figurant au dossier. Le 14 mars 2017, la CNA a renoncé à se déterminer formellement en l'absence d'élément nouveau. Le 10 avril 2017, le recourant a produit spontanément un rapport du 20 mars 2017 du Dr D. _____, lequel préconisait la poursuite de la physiothérapie. Le spécialiste relevait que le patient effectuait ses exercices à la maison. Il estimait qu'un contrôle régulier de l'appareil locomoteur, également s'agissant de la problématique des douleurs, de même qu'une évaluation et une adaptation régulières, étaient indiqués. Avec la suppression de la physiothérapie sur le long terme, une aggravation de l'état général du patient était à craindre. Se déterminant le 7 juin 2017, la CNA a maintenu sa position, en se référant à une appréciation de la Dresse F. _____ du même jour, laquelle confirmait ses précédentes conclusions, le rapport précité du Dr D. _____ n'apportant pas de nouveaux arguments. Le 13 juin 2017, le recourant a maintenu sa position. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (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 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36)

s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 let. a et 94 al. 4 LPA-VD). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile compte tenu des fêtes de Pâques (art. 38 al. 4 let. a et 60 al. 1 LPGA) auprès du tribunal compétent (art. 58 al. 1 LPGA) et, bien que sommairement motivé, satisfaisant aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si la CNA était fondée à nier le droit du recourant à la prise en charge, au-delà du 31 décembre 2014, d'un traitement médical sous forme de séances de physiothérapie. 3. a) Aux termes de l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident. Toutefois, le droit au traitement médical cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1, deuxième phrase, LAA). Lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement des frais (art. 10 à 13 LAA) sont accordées à son bénéficiaire aux conditions énumérées à l'art. 21 al. 1 LAA, à savoir : lorsqu'il souffre d'une maladie professionnelle ; lorsqu'il souffre d'une rechute ou de séquelles tardives et que des mesures médicales amélioreraient notablement sa capacité de gain ou empêcheraient une notable diminution de celle-ci ; lorsqu'il a besoin d'une manière durable d'un traitement et de soins pour conserver sa capacité résiduelle de gain ; lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures médicales amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Ainsi, les conditions du droit à la prise en charge des frais de traitement médical diffèrent selon que l'assuré n'est ou pas au bénéfice d'une rente (ATF 116 V 41 consid. 3b). Dans l'éventualité visée à l'art. 10 al. 1 LAA, un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain. En revanche, dans l'éventualité visée à l'art. 21 al. 1 LAA, applicable en l'espèce dans la mesure où la rente a été fixée, un traitement ne peut être pris en charge qu'aux conditions énumérées par cette disposition. Ainsi que cela résulte de l'art. 21 al. 1 let. d LAA précité, lorsque la rente a été fixée, les prestations pour soins et remboursement de frais sont accordés à son bénéficiaire lorsqu'il présente une incapacité de gain et que des mesures amélioreraient notablement son état de santé ou empêcheraient que celui-ci ne subisse une notable détérioration. Par incapacité de gain, il faut entendre une incapacité de gain totale, les prestations pour soins n'étant ici pas liées à une amélioration ou au maintien de la capacité de gain (ATF 124 V 52 consid. 4 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3 e éd., Bâle 2016, n. 287 p. 992). On ne saurait parler, selon la jurisprudence, d'une sensible amélioration de l'état de santé, lorsque la probabilité prépondérante est que la mesure thérapeutique ne peut que soulager momentanément des douleurs provenant d'une atteinte stationnaire à la santé (RAMA 5/2005 n° U 557, pp. 388 ss). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). De jurisprudence constante, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les

points litigieux importants 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 du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. L'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Selon la jurisprudence, les rapports des médecins des assureurs peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 et 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). 4. En l'espèce, le principe du droit du recourant à une rente d'invalidité de l'assurance-accidents dès le 1^{er} juin 2013 n'est pas litigieux, pas plus que son taux de 50 %. En revanche, est contesté le refus de l'intimée de prendre en charge les séances de physiothérapie du recourant au-delà du 31 décembre 2014. a) L'intéressé ne peut se prévaloir d'aucune des trois hypothèses visées par l'art. 21 al. 1 let. a à c LAA. S'agissant plus spécifiquement de celle visée à la let. c, on rappellera qu'elle subordonne la prise en charge ou le maintien du traitement médical après la fixation de la rente d'invalidité à la condition que le bénéficiaire de cette prestation en ait besoin de manière durable pour conserver sa capacité résiduelle de gain (« zur Erhaltung seiner verbleibenden Erwerbsfähigkeit » ; « per mantenere la capacità residua di guadagno »). Si cette condition n'est pas réalisée, le traitement médical requis doit être pris en charge par l'assurance-maladie obligatoire (ATF 140 V 130 consid. 2.2, 134 V 109 consid. 4.2). En l'occurrence toutefois, aucun des médecins dont les avis figurent au dossier n'indique expressément que le traitement de physiothérapie est nécessaire pour conserver la capacité de gain du recourant. Même si, dans son rapport du 22 mai 2013, le Dr D. _____ a relevé qu'un arrêt de la physiothérapie entraînerait une régression au niveau de l'évolution et du tableau cliniques du patient, et a souligné l'importance du maintien de la mobilité et de la stabilité musculaire dans le but de diminuer les douleurs et de conserver les performances (« Leistungsfähigkeit »), il n'a pas spécifiquement évoqué la capacité de gain du recourant. Dans son rapport du 11 septembre 2013, ce médecin s'est limité à reporter les déclarations de l'assuré, lequel avait affirmé que grâce à la physiothérapie, la situation demeurait stationnaire de sorte qu'il pouvait effectuer ses tâches de la vie quotidienne et de son travail de manière satisfaisante sans subir d'importantes restrictions dans sa qualité de vie. Le spécialiste en a conclu qu'au vu de la situation stationnaire, la physiothérapie devait être continuée. Dans ses rapports subséquents, le Dr D. _____ a répété à maintes reprises que la poursuite des séances de physiothérapie était nécessaire afin d'éviter que la situation ne s'aggrave, sans pour autant se prononcer sur l'incidence au niveau de la capacité de gain de son patient. Quant au recourant, qui a soutenu dans le cadre de son opposition être encore actif au sein de l'entreprise familiale « dans la mesure de ses possibilités », il n'a pas indiqué précisément comment ses atteintes entraveraient sa capacité résiduelle de gain, se contentant d'affirmer qu'une telle activité ne serait plus possible si son

état se détériorait. Quoiqu'il en soit, né le [...], il avait déjà atteint l'âge légal de l'AVS au moment de la naissance du droit à la rente d'invalidité de l'assurance-accidents, en juin 2013. Dans ces conditions, le besoin durable d'un traitement dans le but d'améliorer ou de maintenir sa capacité résiduelle de gain n'a plus guère de sens, ce d'autant plus qu'une modification de sa capacité de gain n'aurait de toute façon plus d'incidence sur sa rente d'invalidité de l'assurance-accidents en raison du principe de l'immutabilité de la rente après l'âge de la retraite prévu par l'art. 22 LAA (cf. CASSO AA 77/12 – 103/2014 du 5 septembre 2014 consid. 3c ; André Ghélew/Olivier Ramelet/Jean-Baptiste Ritter, Commentaire de la loi sur l'assurance-accidents [LAA], Lausanne 1992, p. 112). b) Seule demeure ainsi litigieuse l'application de l'hypothèse visée par l'art. 21 al. 1 let. d LAA. A cet égard, le recourant se réfère aux avis de ses médecins traitants, selon lesquels les séances de physiothérapie constituent une mesure médicale empêchant que son état de santé subisse une notable détérioration au sens de la fin de cette disposition. L'intimée se fonde pour sa part sur l'appréciation de ses médecins d'arrondissement. Selon la jurisprudence précitée, seul l'assuré reconnu comme étant totalement invalide peut bénéficier des prestations pour soins et remboursement de frais après la fixation du droit à la rente au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. Cette disposition vise donc uniquement les bénéficiaires de rente totalement invalides (cf. également ATF 140 V 130 consid. 2.3, 124 V 52 consid. 4 ; TF 8C_518/2016 du 8 mai 2017 consid. 3.4, 8C_275/2016 du 21 octobre 2016 consid. 3, 8C_332/2012 du 18 avril 2013 consid. 1 ; SVR 2012 UV n° 6 p. 21 consid. 5.2). En l'espèce toutefois, l'intimée a octroyé au recourant une rente d'invalidité d'un taux de 50 % en lien avec les événements assurés. Ainsi, dans la mesure où l'intéressé n'est pas totalement invalide, l'art. 21 al. 1 let. d LAA ne peut trouver application. Certes, le recourant a été déclaré entièrement invalide du point de vue de l'assurance-invalidité. L'art. 21 al. 1 let. d LAA ne se réfère toutefois qu'à l'invalidité admise par l'assureur-accidents dès lors que les prestations à charge de celui-ci après la naissance du droit à la rente doivent concerner une invalidité en lien de causalité avec l'événement assuré (cf. CASSO 84/14 – 68/2016 du 23 mai 2016 consid. 4b, confirmé par l'arrêt TF 8C_518/2016 du 8 mai 2017 précité). A cela s'ajoute encore qu'aucun des médecins dont les avis figurent au dossier ne mentionne que les séances de physiothérapie sont susceptibles d'apporter une notable amélioration de l'état de santé du recourant au sens de l'art. 21 al. 1 let. d LAA. S'agissant de la seconde hypothèse prévue par cette disposition, soit le fait que ces mesures pourraient empêcher une notable détérioration de l'état de santé de l'assuré, le Dr D. _____ a expliqué dans ses nombreux rapports qu'il était à ses yeux essentiel de poursuivre les séances de physiothérapie afin de maintenir l'état général du patient, respectivement d'éviter une péjoration de la situation (cf. rapports des 26 novembre 2013, 10 juillet et 6 octobre 2014, 19 avril 2016, 20 mars 2017). Selon lui, les douleurs de l'intéressé s'aggravaient si cette thérapie était négligée (cf. rapport du 30 septembre 2015). Outre le fait que ce médecin a suivi l'assuré et que ses constatations doivent dès lors être admises avec réserve (cf. consid. 3b supra), celles-ci ne sont pas confirmées par les autres rapports figurant au dossier. En particulier, le physiothérapeute de l'intéressé, Q. _____, a relevé, le 12 septembre 2013, que la situation concernant le syndrome cervical s'était détériorée ces derniers temps, et ceci malgré les séances de physiothérapie. La Dresse S. _____ a quant à elle indiqué que la physiothérapie ambulatoire n'avait pas conduit à un succès permanent, respectivement à une stabilisation de la situation. Elle a recommandé une physiothérapie intensive stationnaire, dans le sens d'un entraînement musculaire visant à renforcer la musculature abdominale, du tronc, ainsi que des muscles fessiers, et a également préconisé

dans ce cadre une perte de poids (cf. rapport du 29 février 2016). Des exercices de renforcement musculaire ont précisément été jugés nécessaires par la Dresse F. _____, dans son rapport du 30 janvier 2017, qu'elle a confirmé le 7 juin 2017. Elle a en effet conclu que le traitement de certaines des atteintes du recourant consistait en un renforcement de la musculature, ce qui reposait sur un travail personnel comportant des exercices réguliers. Elle a cependant émis des réserves quant à la prise en charge stationnaire en milieu hospitalier recommandée par la Dresse S. _____, expliquant d'une part qu'une stabilisation était obtenue et entretenue grâce à des exercices réguliers, et d'autre part qu'un séjour de quelques semaines était insuffisant pour obtenir une perte pondérale chez une personne de l'âge de l'assuré. Quant à un suivi de physiothérapie de longue durée, la Dresse F. _____ a retenu qu'il était superflu, car dès lors que l'intéressé avait bénéficié de séances de physiothérapie durant des années, il pouvait effectuer lui-même les exercices personnels indiqués dans son cas, lesquels ne nécessitaient pas une aide pour les réaliser. Par ailleurs, s'agissant de l'atteinte cervicale, elle a relevé qu'un tel suivi de physiothérapie n'était pas recommandé, car il favorisait la persistance de la symptomatologie douloureuse et encourageait l'apparition d'un substrat psychologique. Le rapport de cette spécialiste a été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, notamment des rapports du Dr D. _____. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et ses conclusions bien motivées. La Dresse F. _____ a en effet exposé précisément les raisons pour lesquelles elle retenait qu'une physiothérapie de longue durée était superflue. Ce rapport remplit donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître valeur probante. Ses conclusions rejoignent au demeurant celles du Dr M. _____, qui a en particulier exposé qu'après plusieurs années de physiothérapie, le recourant devait être en mesure d'exécuter lui-même les exercices préconisés pour renforcer ou conserver la musculature (cf. rapport du 3 novembre 2015). Au vu de l'obligation des assurés de diminuer le dommage, il peut être exigé de l'intéressé qu'il effectue ces exercices de manière indépendante et non plus dans le cadre de séances de physiothérapie. c) Pour le surplus, on ne saurait sous l'angle de l'art. 43 LPGA exiger de l'intimée qu'elle mette en œuvre une expertise pour déterminer si, plus de quinze ans après les événements assurés, les séances de physiothérapie que l'intimée a pris en charge jusqu'au 31 décembre 2014 sont de nature à empêcher une notable détérioration de l'état de santé du recourant. De même, le dossier étant suffisamment instruit pour permettre également à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire. En effet, les rapports au dossier sont suffisants et l'expertise requise ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 119 V 335 consid. 3c et la référence). d) Force est donc d'admettre que les conditions de l'art. 21 al. 1 LAA ne sont en l'espèce pas remplies. 5. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 18 mars 2016 confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 18 mars 2016 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Christine Graa (pour L. _____) ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents - Office fédéral

de la santé publique par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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