

VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 783 vom 7. Oktober 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-10-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2019__783

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 783 du 7 octobre 2019

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2019 / 783 del 7 ottobre 2019

Regeste

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, LIEN DE CAUSALITÉ, HERNIE DISCALE, FORCE PROBANTE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 07.10.2019 Arrêt / 2019 / 783

ACCIDENT NON PROFESSIONNEL, LIEN DE CAUSALITÉ, HERNIE DISCALE, FORCE PROBANTE, APPRÉCIATION ANTICIPÉE DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 154/18 - 128/2019 ZA18.040606 COUR DES ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt du

7 octobre 2019 _____ Composition : Mme Pasche , présidente
Mme Röthenbacher et M. Bonard, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause
pendante entre : N. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Marcel Waser, avocat à
Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.

_____ Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA E n f a i t : A. N. _____ (ci-après :
l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille depuis le [...] en qualité de « spécialiste
maintenance » à plein temps pour le compte de la société H. _____, à [...]. A ce titre il
est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse
nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 13
novembre 2017, à 16h, lors d'une randonnée, il a marché sur des châtaignes en descente et
est tombé. Les parties du corps atteintes ont été la jambe droite et le dos, côté droit, la lésion
étant décrite comme une « inflammation ». Les premiers soins ont été donnés le 15
novembre 2017 par le Dr X. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin
traitant, qui a attesté une incapacité de travail totale du 15 au 26 novembre 2017
(déclarations de sinistre des 16 novembre 2017 et 7 mars 2018 ; certificat du 15 novembre
2017 du Dr X. _____). La CNA a pris en charge le traitement médical et alloué des
indemnités journalières (« lettre de prise en charge » du 20 novembre 2017). Une IRM
(imagerie par résonance magnétique) lombaire et du bassin a été réalisée le 23 février 2018.
Dans son rapport du même jour, le Dr Q. _____, spécialiste en radiologie, a conclu à la
présence d'une petite hernie discale L5-S1 droite. Il a par ailleurs relevé ce qui suit : “
Indications : Chute le 13.11.2017 selon un faux mouvement en hyperextension. Fessalgie
droite. Technique : Sagittale T1, T2, STIR, coronale STIR, axiale T1 dans le plan des
disques. Séquence de myélo-IRM. Sur le bassin, coronale T1 DP FAT-SAT, axiale DP
FAT-SAT. Pas d'injection de Gadolinium. Résultat : Concernant le rachis lombaire . Status
disco-ligamentaire : Petite hernie discale canalaire sous-ligamentaire postérolatérale et
préforaminale L5 S1 droite, présentant un conflit avec l'émergence radiculaire de S1 droite.

Morphologie et signal normaux des disques sus-jacents. Normalité du cône médullaire terminal et des racines de la queue de cheval. Diamètre antéropostérieur du sac dural, normal. Aucun kyste arthrosynovial ou hypertrophie ligamentaire jaune conflictuelle. Bonne trophicité des masses musculaires para-lombaires. Status osseux : Aucun phénomène inflammatoire à type Modic 1 des différents corps vertébraux et des massifs articulaires postérieurs. Pas de lésion suspecte post-traumatique passée inaperçue des corps vertébraux. Concernant le bassin : Status osseux : Pas de remaniement osseux post-traumatiques des sacro-iliaques et des branches ilio et ischiopubiennes. Aucune plage focale d'algodystrophie. Pas de nécrose épiphysaire. Status articulaire : Pas de lame d'épanchement liquidien intra-articulaire des pieds des deux sacro-iliaques et des articulations coxo-fémorales. Normalité du labrum antéro-supérieur sans fissuration longitudinale. Status extra-articulaire : Trophicité normale des masses musculaires fessières. ” Le Dr X._____ a établi une nouvelle incapacité de travail totale du 26 février 2018, qui a duré jusqu'au 4 juin 2018. L'assuré a ensuite présenté une incapacité de travail à 50 % jusqu'au 5 août 2018. Des séances de physiothérapie lui ont été prescrites. Un entretien a eu lieu le 17 avril 2018 entre l'assuré et un représentant de la CNA. A cette occasion, l'assuré a notamment indiqué qu'avant le 13 novembre 2017, il n'avait jamais souffert du bas du dos ou des vertèbres. Le compte-rendu d'entretien a pour le surplus la teneur suivante : “ Le 13 novembre 2017 vers 16h00, il se promenait au-dessus de [...], au lieu-dit [...], lorsqu'en descendant sur un chemin forestier, sa jambe droite est partie en glissade vers l'avant, tandis que sa gauche s'est recroquevillée sur elle-même. Cela a provoqué une violente chute en arrière et il s'est réceptionné lourdement sur le coccyx et le fond du dos. Lors de l'impact au sol, il a ressenti une forte douleur, accompagnée d'un craquement au niveau du bassin. Il s'est relevé et est rentré chez lui en boitant. ” Dans un rapport du 18 avril 2018 au médecin traitant, le Dr A._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a fait part d'une évolution de la jambe très lentement favorable. Pour ce médecin, la persistance de douleurs sciatiformes avec irradiation fessière droite justifiait la poursuite de la physiothérapie et l'arrêt de travail de l'assuré. La CNA a soumis le cas à son médecin d'arrondissement, le Dr D._____, spécialiste en chirurgie, qui a répondu en ces termes aux questions posées le 2 mai 2018 : “ 1. Les troubles au dos pour lesquels l'assuré a consulté à nouveau dès le 26.2.2018 sont-ils toujours en relation pour le moins probable avec l'accident du 13.11.2017 ? Probable. 2. L'hernie discale L5-S1 droite a-t-elle été – au degré de la vraisemblance prépondérante – causée par l'accident du 13.11.2017 ? Possible. 3. Ou doit-on plutôt admettre que l'hernie L5-S1 droite a été activée, déclenchée par l'événement du 13.11.2017 ? Oui. 3.1 Dans cette éventualité date du statu quo sine ? Mai 2018. 4. Si statu quo non encore atteint, l'incapacité totale de travail, dans l'activité décrite dans le rapport d'audition du 17.4.2018 : 4.1 est-elle toujours justifiée ? Oui. 4.2 pour quelle durée encore ? Difficile à prévoir. Présence de la HD [hernie discale] qui peut encore gêner l'assuré. 5. La reprise de l'activité habituelle peut-elle vraisemblablement être envisagée ? Probable. 5.1 Si oui, dans quel délai ? En principe une reprise progressive devrait être possible fin du printemps 2018. 6. Y'a-t-il un autre traitement susceptible d'améliorer les troubles actuels ? Tonification musculaire. 7. Remarques et instructions ? -- ” Le 25 mai 2018, la CNA a fait savoir à l'assuré qu'elle mettrait un terme à ses prestations le 31 mai 2018, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident pouvant être considéré comme atteint le 31 mai 2018 au plus tard, et les troubles subsistant n'étant plus dus à l'accident selon l'appréciation du 2 mai 2018 de son service médical. Le 1^{er} juin 2018, le Dr A._____ a indiqué à la CNA que son patient s'opposait à sa « décision » du 25 mai

2018, en relevant que lui-même et le médecin traitant voyaient « très clairement la corrélation clinique dans un contexte post-traumatique ». Pour le Dr A. _____, l'IRM montrait certes un effet inflammatoire avec hernie discale, mais qui n'était pas à lui seul l'explication des problèmes inhérents à l'accident. Le 3 juin 2018, l'assuré s'est opposé à la prise de position de la CNA, en se prévalant d'un certificat médical du 29 mai 2018 du Dr X. _____, selon lequel il était suivi pour les suites d'un accident, avec la précision suivante : « Le traitement se poursuit et le cas d'Accident n'est pas terminé, alors que le STATU QUO ANTE n'est pas encore atteint ». Le Dr D. _____ a maintenu le 13 juin 2018 sa position, en indiquant que les constatations des Drs A. _____ et X. _____ ne modifiaient pas son appréciation du 2 mai 2018. Dans une appréciation du 14 juin 2018, il a détaillé ses constats, en relevant ce qui suit : “ Le 13.11.2017, M. N. _____ glisse sur un parterre de châtaignes et tombe avec contusion de la jambe D et du côté D du rachis. Il est pris en charge sur le plan médical par le Dr X. _____ au [...]. Il annonce une rechute le 07.03.2018 à la suite d'un examen par IRM lombaire réalisé le 23.02.2018. Cet examen met en évidence la présence d'une petite hernie discale L5-S1 D en l'absence de tout autre signe de lésion post-traumatique. Il est examiné par le Dr A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique à [...], qui évoque la présence de douleurs sciatiformes avec irradiations dans la fesse D et qui prescrit un traitement de physiothérapie. L'assuré reste en incapacité de travail à 100% depuis la date de l'accident et une reprise à 50% est prévue pour le 04.06.2018. L'accident du 13.11.2017 n'a provoqué aucune lésion structurelle ou organique dans le sens d'une aggravation déterminante d'un état préexistant. La présence d'une petite hernie discale sous-ligamentaire postéro-latérale et préforaminale L5-S1 D ne peut être mise en relation de causalité que comme possible avec l'événement du 13.11.2017. En conséquence, la Suva est tenue d'intervenir pour une durée de 4 à 6 mois au maximum, durée après laquelle les conséquences de l'accident sont éteintes. La fixation du statu quo sine au 31.05.2018 dépasse donc cette durée de 6 mois, paraît justifiée et doit être maintenue. ” Par décision du 21 juin 2018, la CNA a confirmé mettre un terme à ses prestations au 31 mai 2018. Le 25 juin 2018, l'assuré a formé opposition à cette décision, en expliquant que son état de santé était dû à l'événement du 13 novembre 2017. Il a joint un certificat du 23 juin 2018 du Dr X. _____ selon lequel son patient était toujours en traitement pour les suites de l'accident du 13 novembre 2017 et n'avait pas retrouvé son état de santé antérieur. Le médecin traitant précisait par ailleurs que l'assuré n'avait jamais présenté de problèmes de dos. Le 12 juillet 2018, le Dr A. _____ a attesté une incapacité de travail à 50 % du 23 juillet au 5 août 2018. Par décision du 22 août 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré. B. Par acte du 24 septembre 2018, N. _____, représenté par Me Marcel Waser, a recouru contre cette décision auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à la poursuite du versement des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 mai 2018, et subsidiairement au renvoi de la cause à l'intimée. En substance, il fait valoir que le Dr D. _____ de la CNA ne l'a pas examiné et que dans la mesure où son opinion diverge de celle des Drs A. _____ et X. _____, celle du Dr A. _____, spécialiste, doit lui être préférée. Il reproche à cet égard à la CNA une appréciation qui ne repose sur aucune base scientifique. A titre de mesure d'instruction, il a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan orthopédique. Avec son recours, il a notamment produit un rapport du Dr A. _____ du 30 août 2018, selon lequel une IRM comparative permettrait d'objectiver la situation herniaire décrite sur la première IRM dans le contexte de la décision de la CNA de mettre un terme à ses prestations. Dans sa réponse du 20 novembre 2018, la CNA a conclu au rejet

du recours. Les parties ont maintenu leur position dans leurs écritures ultérieures. Le recourant a en particulier relevé dans son écriture du 14 janvier 2019 qu'en présence de doutes, même faibles, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre des avis au dossier, réitérant sa requête d'expertise par un médecin indépendant. E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à supprimer le droit du recourant à des prestations d'assurance (traitement médical et indemnité journalière) à partir du 1^{er} juin 2018. 3. a) Selon l'art. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). b) En vertu de l'art. 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*) (cf. RAMA 1994 n° U 206 consid. 3b, U 180/93 consid. 3b ; 1992 n° U 142 p. 75, U 61/91 consid. 4b ; TF 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 3.2 ; 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2). 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. Selon la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, 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 (cf. SVR 2009

UV n° 1 p. 1 ; TF 8C_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3 ; 8C_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2 ; 8C_649/2016 du 13 juillet 2017 consid. 5.3 ; 8C_843/2014 du 18 mars 2015 consid. 8.1 ; 8C_765/2014 du 9 février 2015 consid. 6.1). c) 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. 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 (RAMA 2000 n° U 378 consid. 3, n° U 379 consid. 2a ; TF 8C_373/2013 cité consid. 3.3 et 8C_1003/2010 cité consid. 1.3).

4. En l'occurrence, le recourant plaide que la CNA ne pouvait pas mettre un terme à ses prestations sans l'examiner, et en présence d'appréciations médicales qu'il estime contradictoires. Or aucun élément ne permet de s'écarter de l'appréciation du DrD. _____, selon laquelle l'accident du 13 novembre 2017 n'a provoqué aucune lésion structurelle ou organique dans le sens d'une aggravation déterminante d'un état préexistant, la présence d'une petite hernie discale sous-ligamentaire postéro-latérale et préforaminale L5-S1 droite ne pouvant être mise en relation de causalité que possible avec l'événement du 13 novembre 2017. L'intimée était donc fondée à mettre un terme aux prestations d'assurance dès le 1^{er} juin 2018. Rien n'indique en effet que la chute ait causé un préjudice au-delà du 31 mai 2018. Certes, le Dr A. _____ indique que l'IRM montre un effet inflammatoire avec hernie discale, « mais qui n'est pas à lui seul l'explication des problèmes inhérents à [son] accident » (cf. rapport du 1^{er} juin 2018). Or le DrA. _____ n'a pas motivé son point de vue. La même remarque vaut pour le Dr X. _____, qui écrit le 29 mai 2018 que le statu quo ante n'est pas encore atteint, mais sans indiquer pour quelles raisons le traitement se poursuit et quelles sont ses constatations. Aucun de ces deux médecins ne s'est en outre référé aux critères généralement admis par la doctrine médicale pour retenir l'origine traumatique d'une hernie discale (cf. consid. 3c supra). Pour être complet il convient de relever que l'argument mentionné par le Dr X. _____ le 23 juin 2018 voulant que le recourant n'ait jamais eu avant l'accident le moindre problème de dos n'y change rien. En effet, de jurisprudence constante (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb), le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc ») ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident et les troubles persistants au-delà du 31 mai 2018. En pareilles circonstances, et faute d'éléments médicaux autres que l'existence de la petite hernie discale L5-S1 droite mise en évidence à l'IRM du 23 février 2018, il n'y a pas lieu de s'écarter de la jurisprudence constante rendue en matière de hernie discale, la chute n'ayant pas revêtu une importance particulière, ni été de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral. Compte tenu de l'atteinte considérée, et en l'absence d'argument des médecins traitants sur la nature accidentelle de l'atteinte postérieurement au 31 mai 2018, il ne peut être fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à ses prestations sur la base de l'appréciation du DrD. _____.

5. Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – en particulier la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire sur le plan orthopédique – ne serait pas de nature à modifier les

considérations qui précèdent et s'avère par conséquent superflue (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1, 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 464 consid. 4a, 122 III 219 consid. 3c, 120 Ib 224 consid. 2b, et 119 V 335 consid. 3c avec la référence). 6. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au recourant au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA a contrario). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 22 août 2018 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 : Le greffier : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Marcel Waser (pour N. _____), ■ Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), 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). Le greffier :

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