

VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 883 vom 2. Februar 2023

VD Tribunal cantonal, 2023-02-02, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2022__883

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 883 du 2 février 2023

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2022 / 883 del 2 febbraio 2023

Regeste

ATTEINTE DÉGÉNÉRATIVE, LIEN DE CAUSALITÉ, ACCIDENT PROFESSIONNEL
| 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 2

février 2023 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard ,
présidente MM. Neu et Piguet, juges Greffière : Mme Jeanneret ***** Cause
pendante entre : K. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jana Burysek, avocate à
Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.
_____ Art.

E. 4

a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, 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. 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 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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'assurance-accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; TF 8C_36/2017 du 5 septembre 2017 consid. 3.1). 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 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents requiert encore 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). 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. Cependant, 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_650/2018 du 23 octobre 2019 consid. 4.2 ; 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). c) 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 (TF 8C_746/2018 du 1^{er} avril 2019 consid. 3.2 ; 8C_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2 ; 8C_649/2016 du 13 juillet 2017 consid. 5.3).

E. 5

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 exprimées par 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 soient bien motivées. Au demeurant, 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 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimée a mis fin à ses prestations en lien avec les troubles cervicaux à compter du 1^{er} octobre 2019, au motif que ceux-ci étaient d'étiologie dégénérative, voire constitutionnelle, et que la responsabilité de l'assurance-accident ne saurait être durablement engagée. Elle s'est basée en particulier sur les avis de son médecin d'arrondissement, ainsi que sur le rapport d'examen neurologique du Dr G. _____ du 20 juin 2019. Pour rédiger son rapport, ce spécialiste a reçu les pièces médicales recueillies par l'intimée en lien avec l'événement du 26 novembre 2018, dont en particulier l'IRM cervicale du 7 décembre 2018 et le rapport médical du Dr N. _____ du 5 mars 2019. Il a établi une anamnèse, a recueilli les plaintes du recourant et a procédé à un examen neurologique complet de celui-ci, incluant un électroneuromyogramme (ENMG) du membre supérieur gauche. Il a ensuite présenté son appréciation du cas, de manière claire et étayée. Ce rapport répond ainsi aux exigences posées par la jurisprudence pour lui reconnaître une pleine valeur probante. b) Dans un premier moyen, le recourant expose que les troubles cervicaux dont il continue de souffrir résultent de son accident du 8 janvier 2016 et qu'ils ont été aggravés par l'événement accidentel du 26 novembre 2018. Il ne précise cependant pas sur quel rapport médical il se fonde pour arriver à cette conclusion. Or les rapports médicaux versés au dossier de l'intimée à la suite de l'accident du 8 janvier 2016 ne font pas état de lésions structurelles de la colonne cervicale, mais d'une entorse cervicale (cf. rapport de la Dre X. _____ du 16 février 2016). Ce diagnostic se fondait notamment sur une radiographie du 13 janvier 2016, laquelle ne montrait que des modifications dégénératives, qualifiées d'avancées pour l'âge. En avril 2016, le Dr C. _____ a évoqué une myélopathie commotionnelle et constaté que son patient présentait une contracture cervico-dorsale. Ce médecin a cependant indiqué, dans son rapport de juin 2016, que son patient n'avait plus consulté depuis avril 2016, avant de confirmer en juillet 2016 qu'il n'y avait plus de symptômes au niveau cervical et que le recourant n'était revenu que pour sa cheville droite. Il apparaît ainsi que l'accident de voiture de janvier 2016 n'a entraîné aucune lésion au niveau des cervicales et que les troubles cervicaux qui sont apparus consécutivement à cet accident se sont entièrement amendés entre avril et juin 2016. Le recourant a d'ailleurs confirmé, lors de l'entretien tenu à son domicile avec un collaborateur de l'intimée en mars 2019, qu'il n'avait plus ressenti de douleurs cervicales ou dorsales jusqu'à l'événement du 26 novembre 2018, quand bien même il avait dû effectuer un travail pénible physiquement durant sa détention. Dans les suites de l'événement du 26 novembre 2018, le recourant a passé une IRM cervicale le 7 décembre 2018. Celle-ci n'a pas non plus révélé de fracture, mais bien plutôt que le recourant présentait un canal cervical étroit d'origine constitutionnelle, avec rétrécissement pré-foraminal significatif à plusieurs niveaux. D'emblée, le Dr I. _____ a réservé le caractère maladif des cervicalgies en posant son diagnostic. Dans son rapport du 5 mars 2019, le Dr N. _____ a confirmé l'existence d'un canal cervical étroit, sous la dénomination de « sténose foraminale », et a précisé que cette sténose expliquait « très bien » les symptômes. Ce spécialiste n'a cependant mentionné ni la chute du 26 novembre 2018, ni l'accident de voiture de janvier 2016, événements qu'il n'a donc pas mis en lien avec les symptômes présentés. Un tel lien ne ressort pas non plus des rapports établis par le Prof. B. _____, qui a noté la présence d'importants troubles dégénératifs. S'il a cité, parmi les facteurs potentiellement défavorables pour un bon résultat post-opératoire, des accidents « impliqués » et une prise en charge asséurologique non réglée, ce spécialiste n'a pris aucunement position sur ces questions. En conséquence, les pièces médicales au dossier

ne permettent pas de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles cervicaux dont souffre le recourant auraient pour origine l'accident de 2016. Il peut seulement en être déduit que le recourant présentait déjà, à la date de son premier accident, un canal cervical étroit et des troubles dégénératifs préexistants, qui ont été provisoirement décompensés à l'occasion du premier accident puis ravivés lors du second accident. C'est donc à juste titre que l'intimée a sollicité l'avis d'un spécialiste indépendant pour déterminer si l'intervention préconisée par le spécialiste traitant était du ressort de l'assurance-accidents et, dans la négative, fixer la date du statu quo sine. c) Dans un deuxième moyen, le recourant conteste la valeur probante du rapport du Dr G. _____, au motif que ses conclusions seraient contredites par celles des médecins consultés par le recourant. S'agissant du constat posé par le Dr G. _____, selon lequel il ne peut pas confirmer actuellement l'existence d'une atteinte radiculaire ou médullaire et ne retient pas d'indication opératoire, il y a lieu d'emblée de relever que le diagnostic de myélopathie, terme qui désigne les atteintes médullaires, n'a été proposé que par le Dr C. _____ en 2016, médecin praticien qui disposait uniquement d'une radiographie et qui n'a plus été consulté pour les douleurs cervicales après quelques semaines seulement. Or le compte-rendu d'IRM du 7 décembre 2018 mentionne expressément l'absence de signes de myélopathie, constat qui n'est contredit ni par le Dr N. _____, ni par le Prof. B. _____. Quant à l'existence d'une atteinte radiculaire (ou radiculopathie), le Dr G. _____ a déclaré ne pas pouvoir en confirmer l'existence au terme d'un examen médical complet comprenant un électroneuromyogramme et en ayant eu connaissance de l'IRM du 7 décembre 2018 ainsi que des constatations faites avant lui par le Dr N. _____. Un an plus tard, alors que le recourant s'est plaint d'une aggravation des symptômes, le Dr B. _____ a également conclu à un syndrome radiculaire, sur la base d'une nouvelle IRM et d'un examen neurologique n'incluant pas d'électroneuromyogramme. Il existe ainsi une divergence non seulement dans l'appréciation des deux neurochirurgiens consultés par le recourant par rapport à celle du neurologue mandaté par l'intimée, mais également dans la méthode diagnostic employée par ceux-ci. Ces divergences ne paraissent cependant pas suffisantes pour ôter toute valeur probante aux conclusions du Dr G. _____, eu égard à la question qui doit être tranchée. En effet, que les troubles soient ou non le résultat d'une radiculopathie, il n'en demeure pas moins que les neurochirurgiens n'établissent aucun lien entre les symptômes rapportés par le recourant et l'un ou l'autre de ses accidents. Les trois spécialistes qui ont examiné le recourant sont ainsi d'accord sur l'origine dégénérative des atteintes visibles sur l'IRM et les radiographies cervicales, de sorte que la question à résoudre est bien le moment du statu quo sine, non celui de la guérison complète ou de la stabilisation des troubles. Or ni le Dr N. _____ ni le Prof. B. _____ n'ont amené d'élément d'ordre médical susceptible de contredire l'appréciation du Dr G. _____ sur la date du statu quo sine. Quant à l'indication opératoire, il faut constater que les neurochirurgiens envisagent, non pas la guérison d'une lésion de nature traumatique, mais la correction du rétrécissement foraminaux pour empêcher une future compression de la moelle épinière du fait de l'évolution dégénérative. Il s'agit donc bien, comme l'a indiqué le Dr G. _____, d'une intervention préventive qui n'est pas à charge de l'assurance-accidents. d) Le recourant conteste également la valeur probante des conclusions du Dr G. _____ du fait que ses troubles cervicaux persistent, alors que ce médecin a évalué que le traitement antidouleur pourrait prendre fin dans un délai de trois à six mois. Le reproche du recourant à cet égard est assez confus. La notion de statu quo sine intervient lorsque l'accident a décompensé un état

maladif préexistant et que le statu quo ante ne peut être recouvré, donc lorsqu'il ne saurait être question d'une guérison complète. En l'occurrence, s'agissant de lésions dégénératives qui ne peuvent que s'aggraver avec le temps, le délai de trois à six mois posé par le Dr G. _____ ne visait manifestement pas la guérison des troubles. Déterminé fin juin 2019, ce délai portait le statu quo sine entre fin septembre et fin décembre 2019, soit entre dix à treize mois après la survenance de la chute. Comme déjà dit, contrairement à ce que soutient le recourant, les spécialistes qu'il a consultés ne donnent aucun argument susceptible de justifier la persistance de douleurs cervicales pendant plus d'une année après une chute de faible hauteur et sans contrainte particulière au niveau cervical. Aussi, il n'existe aucune raison de s'écarter des conclusions du Dr G. _____, qui sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence (cf. supra, consid. 4c). e) En définitive, l'intimée n'avait aucune raison de douter des conclusions du Dr G. _____, celles-ci n'étant pas sérieusement contredites par les rapports des spécialistes consultés par le recourant sur les questions asséurologiques. Quant à la valeur probante des rapports du médecin d'arrondissement, également mise en doute par le recourant, elle doit être examinée à la lumière de la tâche conférée par l'assureur. Dans le cas d'espèce, le rôle du Dr J. _____ s'est limité à opérer la synthèse des renseignements médicaux recueillis, à prendre position à leur sujet et à prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'ils sont fondés sur un dossier médical complet comprenant des rapports d'examen du recourant et qu'ils ne sont pas contredits par les pièces médicales au dossier, les avis du Dr J. _____ peuvent être suivis (cf. TF 8C_712/2021 du 10 août 2021 consid. 3.3.2). Dans ce contexte, il convient également d'écarter le grief soutenu par le recourant, selon lequel l'intimée aurait manqué à son obligation d'instruire, puisque l'intimée a sollicité l'avis de son médecin d'arrondissement tout au long de l'instruction du dossier, y compris à réception de l'opposition du recourant puis des rapports du Prof. B. _____.

E. 7

A titre de mesure d'instruction, le recourant a requis la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête du recourant. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

E. 8

a) Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) La partie recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire. Me Burysek peut prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office, qu'il convient de fixer à 2'361 fr. 20, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 2 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie

recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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