

VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 256 vom 29. April 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-04-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2024__256

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 256 du 29 avril 2024

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2024 / 256 del 29 aprile 2024

Regeste

CAUSALITÉ NATURELLE, RUPTURE DU LIEN DE CAUSALITÉ, AA, FRACTURE, FORCE PROBANTE, FRAIS DE VOYAGE, REMBOURSEMENT DE FRAIS{ASSURANCE}, OBLIGATION DE RÉDUIRE LE DOMMAGE, RÉSIDENCE HABITUELLE | 13 al. 1 LAA, 36 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA

Erwägungen

E. 29

avril 2024 _____ Composition : Mme Brélaz Braillard , présidente
Mmes Berberat et Durussel, juges Greffière : Mme Chaboudez ***** Cause
pendante entre : X. _____ , à [...], recourant, représenté par Me Jean-Michel Duc, avocat
à Lausanne, et Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents , à Lucerne, intimée.
_____ Art. 6 al. 1, 13 et 36 al. 1 LAA E n f a i t : A. a) X. _____ (ci-après :
l'assuré ou le recourant), né en 1961, travaillait comme chef d'entreprise dans le domaine
de la rénovation depuis le 7 janvier 2018 et était assuré pour cette activité 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). Il donnait également des
cours en tant que professeur de sport. b) Par déclaration d'accident du 5 novembre 2018, il a
communiqué à la CNA que le 1 er novembre 2018, il avait fait une chute après avoir perdu
l'équilibre et s'était blessé à la colonne vertébrale cervicale. Les suites de cet accident ont
été prises en charge par la CNA qui, par décision du 26 novembre 2019, a mis fin à ses
prestations le jour même, au motif que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à
l'accident. Cette décision a été confirmée par décision sur opposition du 26 mars 2020. Le
recours interjeté contre cette décision sur opposition a été rejeté par arrêt du 13 juillet 2021
de la Cour des assurances sociales (AA 42/20 – 80/2021), dans lequel il a été constaté que
certaines atteintes présentées par l'assuré étaient préexistantes à l'accident du 1 er
novembre 2018, notamment les fractures des vertèbres L2 et D10, ainsi que l'existence
d'une maladie osseuse idiopathique de type ostéoporose. L'assuré avait présenté une
fracture-tassement de D7 dans les suites de l'accident du 1 er novembre 2018 qui était
désormais stabilisée et pouvait être considérée comme guérie. Cet arrêt a été confirmé sur
recours par le Tribunal fédéral le 31 mars 2022 (TF 8C_615/2021). c) Entre-temps, par
déclaration d'accident du 26 août 2020, l'assuré a annoncé à la CNA avoir fait une nouvelle
chute le 7 août 2020. Il a expliqué avoir glissé dans des escaliers extérieurs humides alors
qu'il transportait des fournitures et s'être réceptionné sur le dos. A cette date-là, l'assuré
était au bénéfice d'un certificat d'incapacité de travail à 60 % en raison du précédent
accident, établi par la Dre C. _____, médecin généraliste traitante, pour la période du
3 juillet au 31 août 2020. Dans des rapports des 12 et 24 août 2020, le Dr G. _____,
spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué

avoir revu l'assuré en raison de douleurs dorsales, qui étaient apparues progressivement depuis deux à trois mois. Il a posé comme diagnostics des dorsalgies, une fracture fraîche de D5 avec un œdème à l'IRM du 18 août 2020, un status post fractures de D7 avec cyphose de 7°, de D10 non déplacée et de L2 avec cyphose de 12° asymétrique, ainsi que des lombalgies chroniques. Il a précisé que l'assuré avait fait un examen de densitométrie qui n'avait pas montré d'ostéopénie. Dans un certificat du 28 août 2020, la Dre C. _____ a indiqué que l'incapacité de travail à 60 % se poursuivait du 1^{er} au

E. 30

septembre 2020, précisant qu'il y avait eu une nouvelle chute le 7 août 2020. Elle a par la suite continué à attester une incapacité de travail de 40 à 60 % pour cause d'accident jusqu'au 30 novembre 2022, puis à 100 % dès le 1^{er} décembre 2022 et à nouveau à 60 % dès mars 2023. Dans un rapport du 2 septembre 2020, le Dr P. _____, spécialiste en radiologie, s'est référé à une IRM réalisée le 17 août 2020, qui avait montré une fracture-impaction avec tassement vertébral aigu de la vertèbre D5 et une perte de hauteur de l'ordre de 50 %, ainsi qu'une fracture centrale sur une probable hernie intraspongieuse au niveau de la portion centrale du corps vertébral de D6. On retrouvait les anciennes fractures de D7, D10-D11 et L2. Il y avait également une décompensation congestive zygapophysaire postérieure, prédominant au niveau D4-D5 et D5-D6. Le 14 septembre 2020, le Dr P. _____ a procédé à une biopsie et à une cimentoplastie des fractures aiguës du plateau vertébral supérieur des vertèbres D5 et D6, ainsi qu'à des infiltrations. Dans la lettre de sortie du 16 septembre 2020, le Dr P. _____ a mentionné comme motif d'hospitalisation des dorsalgies invalidantes, comme diagnostics principaux des fractures aiguës des plateaux vertébraux supérieurs de D5 et D6, ainsi qu'une décompensation congestive zygapophysaire postérieure, et comme antécédents des anciennes fractures de D7, D10, D11 et L2. Le rapport de biopsie du 18 septembre 2020 a fait état, pour les corps vertébraux D5 et D6, de fragments d'os spongieux avec remaniements fracturaires et quelques travées d'aspect dévitalisé, sans signe de réparation. Il y avait une absence de métastase d'un carcinome. Dans un rapport du 5 octobre 2020, la Dre D. _____, spécialiste en rhumatologie, a estimé que la chute du 7 août 2020 avait très probablement causé les fractures aiguës des plateaux supérieurs de D5 et D6. Dans un rapport du 27 octobre 2020, elle a indiqué que l'assuré avait une maladie osseuse idiopathique type ostéoporose avec la présence de six fractures vertébrales, dont au moins quatre en l'absence de traumatisme. Sa capacité de travail était diminuée, d'une part, par la douleur de la dernière fracture qui allait persister vraisemblablement jusqu'à la fin de l'année 2020, mais aussi, d'autre part, par la douleur mécanique musculaire du rachis qui était perturbé globalement. Le 15 octobre 2020, l'assuré a transmis à la CNA le rapport de densitométrie osseuse établi le 18 décembre 2019, qui indiquait que la densité minérale osseuse était dans les normes, tout en précisant que cela n'excluait pas un diagnostic d'ostéoporose clinique. Dans un rapport du 9 novembre 2020, la Dre C. _____ a précisé que tous les accidents avaient péjoré l'état de santé de l'assuré et l'avaient empêché de travailler à 100 %. Dans un rapport du 13 novembre 2020, le Dr K. _____, spécialiste en rhumatologie, médecine physique et réadaptation, a évoqué une notion possible d'ostéoporose fracturaire, qui pourrait faciliter la survenue des fractures, lesquelles avaient toutefois été provoquées, lors de chaque épisode, par un événement accidentel et un choc en particulier. Par décision du 25 novembre 2020, puis par décision sur opposition du 17 novembre 2021, la CNA a refusé d'allouer des prestations à l'assuré au motif que l'assurance de la CNA ne produisait plus d'effets le 7 août 2020. Le recours interjeté auprès de la Cour des assurances a été admis par

arrêt du 21 juin 2022 (AA 168/21 – 71/2022), qui a annulé la décision sur opposition rendue le 17 novembre 2021 et a renvoyé la cause à la CNA pour complément d’instruction, puis nouvelle décision dans le sens des considérants. Dans un rapport du 18 mars 2021, le Dr G. _____ a précisé que l’assuré était suivi par la Dre D. _____ pour une ostéoporose idiopathique et qu’il était pris en charge par le Dr K. _____ pour ses douleurs dorsales. Il a fait état d’une bonne évolution de la vertébroplastie. Après avoir constaté une contradiction entre les rapports du Dr G. _____ et ceux du Dr P. _____ au sujet du lien de causalité entre les troubles de l’assuré et l’événement du 7 août 2020 (prises de position des 1^{er} et 4 novembre 2021), le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l’appareil locomoteur et médecin d’arrondissement à la CNA, a finalement estimé que le lien de causalité entre l’événement du 7 août 2020 et les atteintes de T4 et T5 (sic) était probable, tout en relevant l’importance de connaître les résultats de la consultation auprès de la Dre D. _____ en lien avec une éventuelle ostéoporose (prise de position du 9 janvier 2023). La CNA a, par décision du 9 janvier 2023, pris en charge les suites de l’accident du 7 août 2020. Dans une appréciation du 19 janvier 2023, le Dr J. _____ a indiqué que la santé de l’assuré était déjà, au degré de la vraisemblance prépondérante, altérée avant l’accident sur le plan symptomatique, comme décrit par le Dr G. _____ avec des douleurs depuis deux ou trois mois avant l’événement et avec la présence d’une ostéoporose, suspectée par des faisceaux d’éléments diagnostiqués et confirmée par la Dre D. _____. L’accident avait provoqué de façon nette des fractures des plateaux vertébraux supérieurs de T5 et T6, lesquelles avaient été traitées sans délai par cimentoplastie. L’événement accidentel avait cessé ses effets très rapidement sur le plan clinique puisque la cimentoplastie avait eu une action immédiate, ou à tout le moins rapide, sur la douleur et avait permis de guider la consolidation osseuse. Le médecin d’arrondissement s’est référé aux constatations du Dr G. _____ lors de la consultation du 18 mars 2021 pour conclure que l’événement avait alors cessé ses effets en causalité naturelle, au degré de la vraisemblance prépondérante. L’ensemble des symptomatologies, gênes et autres handicaps étaient dus, selon la vraisemblance prépondérante, à la poursuite de la pathologie ostéoporotique. Par décision du 24 janvier 2023, la CNA a mis fin à ses prestations au 31 janvier 2023, au motif que, selon l’appréciation de son service médical, les troubles persistant actuellement au dos n’avaient plus aucun lien avec l’accident et que l’état de santé tel qu’il aurait été sans l’accident du 7 août 2020 pouvait être considéré comme atteint depuis le 18 mars 2021, au plus tard. L’assuré s’est opposé à cette décision par acte de son mandataire du

E. 31

janvier 2023, ainsi que le remboursement de l’intégralité des frais de transport en lien avec ses traitements médicaux, subsidiairement à l’annulation de la décision entreprise et au renvoi de la cause à la CNA pour complément d’instruction et nouvelle décision, sous suite de frais et dépens. Il a estimé que l’argumentation de la CNA, qui ne reposait sur aucune expertise médicale, mais uniquement sur l’appréciation de son médecin d’arrondissement, n’emportait pas la conviction et était contredite par les rapports des Drs Z. _____ et K. _____. Il était d’avis que la CNA aurait dû mettre en œuvre une expertise médicale. Il a reproché à la CNA de porter atteinte à son libre choix du médecin en refusant de prendre en charge l’intégralité des frais qu’il faisait valoir, au motif qu’un praticien plus proche de son domicile pouvait être trouvé. Il estimait pouvoir se prévaloir d’un intérêt prépondérant à poursuivre son suivi médical dans le canton de S. _____ étant donné qu’il s’agissait de professionnels de santé qui connaissaient son cas et avaient des compétences dans le

domaine du sport, ce qui était nécessaire au regard de son activité professionnelle. Dans sa réponse du 3 novembre 2023, la CNA a conclu au rejet du recours, estimant qu'aucun élément nouveau n'était allégué. Donnant suite à l'avis de la juge instructrice du 26 mars 2024, la CNA a produit, par courrier du 2 avril 2024, la demande de remboursement de frais de déplacement faite par l'assuré le 27 janvier 2023, accompagnée d'une liste de ses déplacements, et le recourant a confirmé, par courrier du 3 avril 2024, qu'il habitait actuellement à V._____, comme c'était déjà le cas au jour du dépôt du recours. 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 (art. 56 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 58 LPGA, 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 (al. 1). Si l'assuré ou une autre partie sont domiciliés à l'étranger, le tribunal des assurances compétent est celui du canton de leur dernier domicile en Suisse ou celui du canton de domicile de leur dernier employeur suisse ; si aucun de ces domiciles ne peut être déterminé, le tribunal des assurances compétent est celui du canton où l'organe d'exécution a son siège (al. 2). b) En l'occurrence, le recourant était domicilié en France à la date du recours, mais avait son précédent domicile dans le canton de Vaud, si bien que la Cour de céans est compétente pour connaître du présent recours (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]). Déposé en temps utile 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 droit du recourant à bénéficier de prestations de l'intimée au-delà du 31 janvier 2023 et sur la prise en charge de la totalité de ses frais de déplacement pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. 3. a) 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. Selon l'art. 4 LPGA, 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. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). c) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité

naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). d) 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

4. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), 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). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

5. a) En l'occurrence, la CNA estime que les troubles encore présentés par le recourant ne sont plus en lien de causalité avec l'accident du 7 août 2020, si bien qu'elle a mis fin à ses prestations le 31 janvier 2023. b) Il convient de rappeler que le recourant souffrait déjà de douleurs au dos avant l'accident du 7 août 2020 et qu'il avait subi plusieurs fractures de la colonne vertébrale, au niveau de L2 et D10, puis de D7. S'agissant de cette dernière fracture, le Dr J. _____ avait retenu que l'on ne pouvait clairement pas dire que l'événement survenu en D7 avait été un élément de déstabilisation globale au degré de la vraisemblance prépondérante. Il avait expliqué qu'il s'agissait d'un petit tassement de 4 degrés dans un secteur absolument stable, qui n'avait pas créé d'élément de déstabilisation et

qui n'avait pas non plus provoqué un effet en cascade sur la morphologie vertébrale. La perturbation angulaire de 12 degrés sur le corps vertébral L2 dans un système dynamique constituait bien plutôt l'élément de causalité naturelle atteignant le niveau probable pour expliquer les troubles alors présentés par le recourant. Il fallait également tenir compte de l'âge du recourant, du vieillissement, de l'état musculaire dégradé, de même que du status minéral vertébral pour expliquer ses douleurs (CASSO AA 42/20 – 80/2021 du 13 juillet 2021 consid. 4 et TF 8C_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 5.1). Dans son rapport du 24 août 2020, le Dr G._____ mentionne qu'il a vu le recourant le 11 août 2020 en raison de nouvelles douleurs dorsales très importantes, qui étaient apparues progressivement depuis deux à trois mois. La réapparition de douleurs dorsales était par conséquent antérieure à l'accident du 7 août 2020, comme le relève d'ailleurs le Dr J._____ dans son appréciation du 19 janvier 2023. c) Dans les suites de la chute du 7 août 2020, une IRM réalisée le 17 août 2020 a mis en évidence une fracture-impaction, avec tassement vertébral aigu de la vertèbre D5 et une perte de hauteur de l'ordre de 50 %, ainsi qu'une fracture centrale sur une probable hernie intraspongieuse au niveau de la portion centrale du corps vertébral de D6. Le 14 septembre 2020, le Dr P._____ a procédé à une cimentoplastie des fractures aiguës du plateau vertébral supérieur des vertèbres D5 et D6. Dans son rapport du 18 mars 2021, le Dr G._____ a constaté une bonne évolution de la vertébroplastie sur deux niveaux. Dans son appréciation du 19 janvier 2023, le Dr J._____ explique que les cimentoplasties ont une action immédiate, ou à tout le moins rapide, sur la douleur et guident ensuite la consolidation osseuse. Il en conclut que l'événement du 7 août 2020 a cessé ses effets très rapidement sur le plan clinique et se réfère également aux constatations du Dr G._____ lors de la consultation du 18 mars 2021. Le Dr J._____ indique que l'ensemble des symptomatologies, gênes et autres handicaps encore présents sont la poursuite, en causalité naturelle et vraisemblance prépondérante, de la pathologie ostéoporotique. Le médecin d'arrondissement retient que l'assuré ne pouvait pas présenter de nombreuses fractures vertébrales sans ostéoporose. Il se réfère au rapport de la Dr D._____ du 27 octobre 2020, qui note qu'il s'agit d'un type d'ostéoporose qui affecte de façon significative l'état osseux de l'assuré et relève également que les biopsies réalisées par le Dr P._____ montrent une très faible ostéogénèse et une densité osseuse relativement faible. Il convient également de rappeler que l'existence d'une maladie osseuse idiopathique de type ostéoporose avait déjà été constatée dans l'arrêt CASSO AA 42/20 – 80/2021 du 13 juillet 2021 (consid. 4a). d) Le recourant conteste les conclusions du Dr J._____ en se prévalant des rapports du Dr Z._____ des 18 avril et 11 juillet 2023, du Dr K._____ du 3 juillet 2023 et du Dr G._____ du 22 août 2023. Dans son appréciation du 8 août 2023, le Dr J._____ a considéré que le rapport du Dr Z._____ du 18 avril 2023 et celui du Dr K._____ ne changeaient rien à ses appréciations et qu'on ne pouvait dire que la situation actuelle résultait de traumatismes vertébraux qui, de surcroît, ne seraient pas stabilisés. Il a rappelé que l'assuré avait une pathologie osseuse démontrée et que les fractures – qu'elles résultent d'une chute reconnue ou aient été spontanées – étaient consolidées. aa) Dans ses rapports des 18 avril et 11 juillet 2023, le Dr Z._____ mentionne les paramètres biologiques récents, l'existence d'une densitométrie osseuse normale au niveau du rachis et l'absence d'autre facteur de risque notable de fragilité osseuse à l'anamnèse. En l'absence de nouvelle fracture et devant des valeurs densitométriques normales, il n'estime pas indiqué de proposer un traitement ostéoporotique spécifique. Le fait qu'aucun traitement n'apparaisse nécessaire n'est toutefois pas pertinent en lien avec la question de savoir si les troubles présentés par

l'assuré sont toujours en lien de causalité naturelle avec l'accident. bb) Le Dr K. _____ indique que son rapport du 3 juillet 2023 s'inscrit en complément d'un précédent courrier adressé au mandataire du recourant le 11 avril 2023, lequel n'a pas été produit par les intéressés. Il retranscrit les informations contenues dans des rapports des Drs G. _____ et Z. _____, dont il ne précise pas la date. Il estime que ces rapports confirment que la situation, en particulier sur les fractures vertébrales dorsales et lombaires, est en lien avec les accidents et que les conséquences douloureuses et les limitations actuelles physiques et professionnelles sont en lien direct avec cette situation. Il ne fait cependant nullement mention des fractures spontanées présentes chez le recourant, étant rappelé que toutes les fractures vertébrales n'étaient pas d'origine traumatique. Il ne précise par ailleurs pas en lien avec quelle(s) fracture(s) les douleurs s'inscrivent selon lui, étant précisé qu'il n'est question, dans le cadre du présent litige, que des conséquences dues aux fractures de D5 et D6. Son appréciation ne saurait valablement remettre en cause celle du Dr J. _____, d'autant moins qu'elle se base sur des résumés de rapports qui n'ont pas été annexés au sien. En outre, comme relevé par le Dr J. _____, la qualification de post traumatique est un terme situationnel, qui ne fait pas la part de ce qui, au stade de la vraisemblance prépondérante, entre ou non en causalité naturelle avec les événements accidentels. cc) Dans son rapport du 22 août 2023, le Dr G. _____ mentionne que l'accident d'août 2020 a causé des fractures de D5 et D6, qui provoquent des douleurs dorsales hautes, situées au niveau de ces fractures. Il ne se prononce cependant pas sur le fait que le recourant se plaignait déjà de douleurs dorsales avant même l'accident du 7 août 2020 (cf. consid. 5b ci-dessus), ni n'explique pour quelles raisons les douleurs présentes au-delà du 31 janvier 2023 devraient, au stade de la vraisemblance prépondérante, être mises sur le compte des fractures de D5 et D6 alors même que ces dernières ont été traitées par cimentoplastie avec un bon résultat. e) Il résulte de ce qui précède que les rapports produits ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr J. _____ du 19 janvier 2023, selon laquelle les troubles encore présentés par le recourant ne sont plus en relation de causalité avec l'accident du 7 août 2020. Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une expertise n'apparaissait pas nécessaire et la CNA était fondée à mettre fin à ses prestations au 31 janvier 2023. 6. a) Dans sa décision sur opposition du 1^{er} septembre 2023, la CNA a également rejeté l'opposition formée par l'assuré à l'encontre de la décision du 19 mai 2023, qui lui accordait un défraiement de 3 fr. 50 par trajet pour se rendre auprès des prestataires de soin de B. _____ et de 12 fr. par trajet pour son hospitalisation, qui aurait pu se dérouler à l'Hôpital [...]. b) Selon l'art. 13 al. 1 LAA, les frais de voyage, de transport et de sauvetage sont remboursés, dans la mesure où ils sont nécessaires. L'art. 20 al. 1 OLAA (ordonnance du 19 décembre 1983 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202) précise que les frais nécessaires de sauvetage et de dégagement, ainsi que les frais médicalement nécessaires de voyage et de transport sont remboursés, d'autres frais de voyage et de transport étant remboursés lorsque les liens familiaux le justifient. De tels frais sont remboursés sans limite dans l'assurance-accidents, pour autant qu'ils soient nécessaires et en relation avec le but de l'assurance (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 205). c) La commission ad hoc sinistres LAA a édicté le 29 juin 1994 la recommandation n° 1/94, intitulée « Remboursement de frais (frais de sauvetage, de dégagement, de voyage et de transport, frais de logement et d'entretien) ». Dans sa teneur en vigueur ensuite de la révision du 16 novembre 2018, cette recommandation dispose notamment ceci : « [...] 2.1 Sont

nécessaires au sens des dispositions de la loi et de l'ordonnance · Les dépenses appropriées et raisonnables pour les actes de sauvetage et de dégagement, · les frais de voyage jusque chez le médecin ou à l'hôpital le plus proche qui est en mesure de traiter le problème médical, ainsi que · l'utilisation du moyen de transport adapté à la gravité de la blessure subie. [...] 4.2 Le principe qui prévaut est celui de consulter le médecin/thérapeute le plus proche qui est en mesure de traiter le problème médical. C'est pourquoi l'assureur ne prend à sa charge que les frais de voyage/de transport qui auraient été occasionnés par la consultation du médecin/thérapeute le plus proche. La personne accidentée doit prendre en charge elle-même les frais occasionnés par le choix d'un lieu de traitement plus éloigné.

Cas liés à l'étranger : conformément à l'accord sectoriel conclu entre l'UE et la Suisse, le traitement d'une personne domiciliée dans un pays de l'UE/AELE peut avoir lieu en Suisse ou dans son pays de résidence. Si une personne assurée domiciliée dans un pays de l'UE/AELE souhaite suivre un traitement en Suisse, les frais de voyage et de transport ne sont alors pris en charge que si les examens médicaux s'avéraient insuffisants dans le pays de domicile . Les frais et coûts liés au transport dans le cadre des prestations médicales dispensées dans le pays de l'UE/AELE sont fixés par le tarif social de l'assurance-accidents légale du pays de l'UE/AELE concerné. Il en va de même pour les Etats tiers qui ont conclu avec la Suisse une convention de sécurité sociale dans le champ d'application de l'assurance-accidents. » d) Les directives administratives sont destinées à assurer l'application uniforme des prescriptions légales par les organes d'exécution des assurances sociales. Elles établissent notamment des critères généraux d'après lesquels sera tranché chaque cas d'espèce conformément au principe d'égalité de traitement. Les directives administratives sont destinées à l'administration, mais le juge ne s'en écarte pas sans motif pertinent (ATF 146 V 104 consid. 7.1 ; 146 V 233 consid. 4.2.1 ; 144 V 195 consid. 4.2 et les références).

7. a) Dans la demande du 27 janvier 2023, produite par la CNA le 2 avril 2024 sur requête de la juge instructrice, le recourant a indiqué avoir parcouru 5'936.55 km depuis 2020 pour assurer ses soins médicaux et a sollicité la prise en charge de ceux-ci par la CNA. Il a joint à sa demande une liste des rendez-vous médicaux auxquels il s'est rendu d'août 2020 à janvier 2023. Il en ressort qu'il a résidé dans la région de B. _____ jusqu'à fin 2022 et qu'il habite à V. _____ en France depuis janvier 2023. Il faut constater que ces dates ne coïncident pas avec le changement officiel de domicile de l'assuré de W. _____ à V. _____, qui est antérieur à janvier 2023 (cf. notamment arrêt CASSO AA 42/20 – 80/2021 du 13 juillet 2021 consid. 1b). Cela ne change toutefois rien à la prise en charge des frais de voyage du recourant pour se rendre à ses rendez-vous médicaux. Il convient en effet, dans le cadre de l'application de l'art. 13 LAA, de tenir compte du lieu de résidence habituel du recourant et non pas forcément de son domicile officiel (cf. à cet égard TF 8C_248/2015 du 21 septembre 2015 consid. 4).

b) La CNA a estimé que le recourant aurait pu effectuer l'ensemble de ses rendez-vous médicaux dans la région de B. _____ et qu'il ne se justifiait dès lors pas d'indemniser ses frais de déplacement jusqu'à S. _____ pour se rendre auprès de thérapeutes. De même, la CNA retient que le recourant aurait pu être hospitalisé à l'Hôpital [...] et qu'il n'y avait par conséquent pas lieu d'indemniser ses frais de déplacement pour l'intervention ayant eu lieu à S. _____. Quoiqu'en dise le recourant, il convient de donner raison à la CNA. Celui-ci ne parvient en effet pas à démontrer qu'il aurait été nécessaire, d'un point de vue médical, qu'il se rende jusqu'à S. _____ pour une partie de son suivi médical, respectivement jusqu'à [...] pour certains rendez-vous. Comme le retient la CNA, il n'est raisonnablement pas contestable qu'il y a un large réseau de physiothérapeutes à B. _____, tout à fait compétents pour prodiguer les

soins utiles dans le présent cas. Parmi ceux-ci se trouvent notamment des praticiens bénéficiant de compétences dans le domaine du sport, parfaitement à même de prendre en charge le recourant au regard de son activité professionnelle. c) Le recourant considère que la position de la CNA porte atteinte à son libre choix du médecin, garanti par l'art. 10 al. 2 LAA. La CNA relève cependant à cet égard, dans sa décision sur opposition, qu'elle a remboursé – respectivement qu'elle allait le faire – les frais de traitement du recourant auprès des hôpitaux et autres prestataires autorisés, si bien que l'assuré avait ainsi pu faire usage de son droit à choisir son médecin. La question du choix du médecin et celle du remboursement des frais de voyage au sens de l'art. 13 LAA sont en effet des problématiques distinctes. Le droit de librement choisir son médecin n'implique pas celui d'obtenir le remboursement des frais de voyage pour se rendre au cabinet dudit médecin. Les art. 13 al. 1 LAA et 20 OLAA sont clairs à cet égard : les frais de voyage ne peuvent être mis à charge de l'assureur-accidents que dans la mesure où ils sont médicalement nécessaires. Or, ne sont pas médicalement nécessaires les déplacements pour se rendre au cabinet d'un praticien éloigné de son lieu d'habitation si un traitement approprié peut être dispensé à proximité. Si, dans cette hypothèse, le patient préfère consulter un médecin éloigné de chez lui, il reste libre de le faire, mais il ne peut prétendre que les déplacements étaient médicalement nécessaires, puisque que des soins adéquats pouvaient être dispensés dans un environnement proche, sans déplacements conséquents (CASSO AA 58/18 – 50/2019 du 9 avril 2019 consid. 4b). d) Les principes qui précèdent s'inscrivent en lien avec l'obligation pour les assurés de limiter le dommage à l'assurance. Contrairement à ce que laisse entendre le recourant dans son recours, il faut souligner que cette obligation est un principe qui s'applique de manière générale en matière d'assurances sociales (TF 8C_3/2022 du 18 janvier 2023 consid. 6.2 ; CASSO AA 58/18 – 50/2019 du 9 avril 2019 consid. 3a) et n'est pas uniquement fondé sur la recommandation de la Commission ad hoc sinistres LAA, qui ne fait que le reprendre. e) Au vu de ce qui précède, la CNA était légitimée à limiter le remboursement des frais de déplacement du recourant à hauteur de 3 fr. 50 par trajet pour les rendez-vous auprès des thérapeutes et à 12 fr. pour le trajet concernant l'hospitalisation. Ces montants ne sont pas en tant que tels contestés par le recourant et n'apparaissent effectivement pas critiquables. 8. a) Le recours doit par conséquent être rejeté. 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).

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