

## **VD\_GERICHTE ZA07.011978 vom 27. April 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-04-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA07.011978](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA07.011978)

FR: VD\_GERICHTE ZA07.011978 du 27 avril 2009

IT: VD\_GERICHTE ZA07.011978 del 27 aprile 2009

### **Erwägungen**

#### **E. 1**

La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009 et qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est immédiatement applicable dans la présente cause (voir la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du

- 11 - Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let a LPA-VD).

#### **E. 2**

Interjeté dans le délai de trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours et respectant, au jour de son dépôt, les formes prescrites par les art. 60 et 61 al. 1 let. b LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) ainsi que les art. 7 al. 1 et 8 LTAs (loi vaudoise sur le Tribunal des assurances, en vigueur au moment du dépôt du recours, abrogée au 1er janvier 2009), le recours est recevable sur le plan formel.

#### **E. 3**

Le présent litige porte sur le fait de savoir si la CNA était fondée à mettre un terme, au 31 juillet 2006, au paiement de l'indemnité journalière et du traitement médical en relation avec les problèmes respiratoires de l'accusé (dyspnée et phénomène d'hyperventilation) subsistant à cette date. N'est en revanche pas litigieuse la question des prestations versées en relation avec l'hospitalisation du 10 août 2004, la CNA ayant en particulier renoncé à statuer sur une éventuelle révision ou reconsidération de ses décisions à ce propos. Il n'y a pas non plus lieu, bien que ce point soit brièvement évoqué par le recourant dans ses déterminations du 12 décembre 2008, d'examiner si d'autres prestations de la CNA, en relation avec l'accident de 1990, devraient être revues, cette question ne faisant pas l'objet de la décision attaquée. En effet, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; conformément au principe dit du grief ("Rügeprinzip"), le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse, ce qui n'est pas le cas ici (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c p. 417).

- 12 -

#### **E. 4**

En l'occurrence, le recourant reproche à la CNA d'avoir cessé le service de ses prestations alors même qu'il n'est selon lui pas établi que les troubles respiratoires dont il souffre

aujourd'hui (dyspnées et hyperventilation) ne seraient pas dus, pour partie à tout le moins, à un facteur cardiovasculaire (embolies pulmonaires) résultant de l'accident survenu en 1990 et engageant par conséquent la responsabilité de la CNA. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), 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. Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose d'abord l'existence d'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, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1 ; TF, 28 mars 2008, 8C\_432/2007, consid. 3.2.1 et les références citées).

- 13 - Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine) (TF, 2 février 2009, 8C\_535/2008, consid. 2.3). 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" ; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb p. 341s. ; RAMA 1999, U 341, p. 408s. consid. 3b). 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, 8 août 2008, 8C\_551/2007, consid. 2.2). 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). En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents social, la causalité adéquate n'a pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas, l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 134 V 109, consid. 2.1 ; TF, 16 février 2009, 8C\_268/2008, consid. 2.4). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport

- 14 - de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137, consid. 3a p. 138 et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF, 28 mars 2008, 8C\_432/2007, consid. 3.2.2). b) De manière générale, le juge des assurances sociales doit examiner tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231, consid. 5.1).

- 15 - S'agissant de la valeur probante d'un avis médical émis par un médecin "interne" à la CNA, il est de jurisprudence que cette dernière n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais plutôt comme organe administratif chargé d'exécuter la loi ; c'est la raison pour laquelle il convient de reconnaître pleine valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 104 V 209 ; TFA, 5 septembre 2000, U 71/00, consid. 2b). Pour ce qui est des avis émis par un médecin traitant de l'assuré, le juge doit tenir compte du fait que ce dernier est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc et les références ; TF, 6 février 2009, 8C\_1051/2008, consid. 3.2). On ne saurait ainsi remettre en cause une expertise ordonnée par l'assureur ou l'administration, respectivement procéder à de nouvelles investigations, du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitant ont une opinion divergente ; il n'en va différemment que si ces médecins traitant font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont de nature à remettre en cause les conclusions de l'expert (TF, 27 janvier 2009, 9C\_480/2008 ; 16 octobre 2008, 9C\_142/2008, consid. 2.2 et les références). Enfin, si l'administration ou le juge (art. 43 et 61 let. c LPGA), se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves ("appréciation

anticipée des preuves" ; ATF 130 II 425, consid. 2.1 ; 122 II 464, consid. 4a ; 122 III 219, consid. 3c ; 120 Ib 224, consid. 2b ; 119 V 335, consid. 3c et la référence).

- 16 - c) En l'occurrence, la CNA a fondé sa décision essentiellement sur deux avis d'experts, savoir d'une part celui du Dr C. \_\_\_\_\_, médecin indépendant qui avait été mis en œuvre par un autre assureur auparavant et qui a précisé ensuite son appréciation, dans le cadre de la procédure de décision LAA, de même que, d'autre part, celui du Dr B. \_\_\_\_\_, membre de son propre service médical. Le recourant conteste le caractère complet de ces avis médicaux, alléguant que ceux-ci n'auraient pas été établis sur la base d'examens complets et qu'ils ne tiendraient dès lors pas compte de l'ensemble de la situation médicale. A l'appui de sa thèse, il évoque le courrier adressé le 31 décembre 2006 par le Dr C. \_\_\_\_\_ à la CNA de même que l'avis médical formulé par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans la correspondance qu'il lui a adressée le 13 mars 2007. Ces documents démontreraient, selon lui, la nécessité de procéder à des examens complémentaires avant de pouvoir se prononcer valablement sur la poursuite du versement des prestations d'assurance-accidents. On ne saurait suivre le recourant dans son raisonnement. En effet, dans un premier rapport médical établi le 10 mars 2005 (confirmé le 8 novembre 2005), le Dr C. \_\_\_\_\_ a examiné, à titre d'expert indépendant, la situation du recourant de manière tout à fait circonstanciée, sur la base des résultats des divers examens auxquels il avait été procédé de même que de l'ensemble des renseignements médicaux figurant alors au dossier, mentionnés en anamnèse. Pris dans son ensemble, ce rapport d'expertise, mis à part certaines réserves portant sur des examens complémentaires à mener, est complet et ne présente aucune contradiction intrinsèque ; ses conclusions sont sérieusement motivées, explicites et conformes aux faits relatés. Outre les réserves susmentionnées, ce rapport satisfait pleinement aux réquisits jurisprudentiels pour qu'on lui accorde valeur probante. Par la suite, l'expert a, sur la base des résultats des examens complémentaires qui avaient été réservés, précisé ou reformulé certaines des questions décisives. Il s'est prononcé sur la question litigieuse du lien de causalité

- 17 - naturelle en concluant en définitive que les problèmes respiratoires rencontrés par le recourant n'étaient pas dus à un facteur cardiovasculaire (cf. avis médical du 11 juillet 2006). Le recourant entend tirer argument du courrier du 31 décembre 2006 dans lequel le Dr C. \_\_\_\_\_ a écrit qu'il fallait tenir compte, dans l'appréciation de la situation, du diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil, dont il précisait ne jamais avoir été informé auparavant, de même que de la présence d'une acidose métabolique à la gazométrie artérielle dont l'origine n'aurait pas été recherchée jusqu'alors. L'on relèvera toutefois que s'il évoque de possibles pistes complémentaires sur le plan médical, le Dr C. \_\_\_\_\_ ne se détermine pas sur l'impact de tels examens sur l'appréciation du rapport de causalité naturelle, qui constitue la seule question litigieuse. Le Dr B. \_\_\_\_\_ a pour sa part nié la nécessité, pour pouvoir se prononcer valablement sur la question du lien de causalité, de mener des examens complémentaires sur les points évoqués par son confrère, relevant notamment, dans son "appréciation médicale" du 2 février 2007, que le syndrome d'apnées du sommeil et l'acidose métabolique n'avaient aucun rapport de causalité avec les épisodes emboliques vécus par le recourant. Cet avis médical est non seulement corroboré, mais également fondé sur les observations circonstanciées faites par le Dr C. \_\_\_\_\_ dans ses rapports et avis médicaux des 10 mars 2005, 8 novembre 2005 et 11 juillet 2006. En l'absence de motifs propres à mettre en doute le bien-fondé ou encore l'objectivité de cet avis médical, il convient de lui accorder également une pleine valeur probante. Quant aux

rapports médicaux présentés par l'assuré lui-même dans le courant de la procédure de recours, ils ne remettent pas directement en cause les appréciations des Drs C. \_\_\_\_\_ et B. \_\_\_\_\_ puisqu'ils se bornent à discuter de la nécessité d'examens supplémentaires sans toutefois l'établir, ni démontrer en quoi ces examens pourraient être déterminants quant à la question litigieuse du lien de causalité. L'on relèvera du reste que le propre médecin traitant du

- 18 - recourant, le Dr F. \_\_\_\_\_, a renoncé expressément, conformément à la décision prise au cours du colloque du 16 avril 2008 auquel ont également participé les Drs W. \_\_\_\_\_ et T. \_\_\_\_\_, à mener de nouvelles investigations de type cathétérisme, alors même que cette méthode était au départ présentée comme appropriée ; le Dr F. \_\_\_\_\_ n'a pas non plus rédigé de "rapport final" qui mettrait en doute l'analyse faite par le Dr B. \_\_\_\_\_, rapport pourtant annoncé par le recourant. Enfin, pour ce qui est des examens complémentaires préconisés par le Dr F. \_\_\_\_\_ dans son courrier du 13 mars 2007, force est de constater qu'ils ont pour l'essentiel déjà été menés entre 2004 et 2006 ; or, il n'existe aucun élément démontrant aujourd'hui une quelconque nécessité de les répéter. Compte tenu de ce qui précède, il se justifie de s'en tenir aux conclusions auxquelles sont parvenus les Drs C. \_\_\_\_\_ (dans son avis du 11 juillet 2006) et B. \_\_\_\_\_, lesquelles se fondent sur des données médicales suffisantes pour apprécier la question du lien de causalité naturelle, sont en soi parfaitement claires et démontrent de manière tout à fait convaincante, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'absence de lien de causalité naturelle entre, d'une part, l'accident survenu en 1990 et les complications qui en ont découlé (embolies pulmonaires) et, d'autre part, les problèmes respiratoires dont souffre aujourd'hui le recourant. On peut aussi retenir, au demeurant, que ces troubles s'expliquent plutôt par d'autres aspects de l'état de santé de ce dernier (syndrome obstructif lié à un tabagisme aujourd'hui interrompu de même que syndrome d'apnées du sommeil). Les éléments au dossier étant, comme on vient de le voir, tout à fait probants pour résoudre, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la question litigieuse du lien de causalité, l'expertise médicale requise par le recourant se serait révélée superflue (cf. considérant 4 b in fine). d) En définitive, le recours apparaît entièrement mal fondé.

- 19 -

## **E. 5**

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 20 mars 2007 confirmée. Le présent arrêt peut être rendu sans frais conformément à l'art. 61 let. a LPGA, le recourant n'ayant ni agi de manière téméraire ni témoigné de légèreté. Aux termes de l'art. 61 let. g LPGA, le recourant qui obtient gain de cause a droit au remboursement de ses frais dans la mesure fixée par le tribunal. En prévoyant que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à des dépens, le législateur a clairement entendu exclure l'allocation de dépens à l'assureur social qui obtient gain de cause (Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd., Zurich-Bâle-Genève 2009, ch. 114 ad art. 61 LPGA, p. 791). Cette même solution prévalait d'ailleurs déjà avant l'entrée en vigueur de la LPGA (cf. ATF 126 I 143, consid. 4). Demeure réservé, selon la jurisprudence, le cas où le recourant aurait agi de manière téméraire ou aurait témoigné de légèreté (ATF 127 V 205, consid. 4, critiqué par Kieser, loc. cit.). Comme il a été dit plus haut, tel n'est pas le cas en l'espèce, de telle sorte qu'il ne sera pas alloué de dépens.

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