

# **VD\_GERICHTE ZA08.021328 vom 10. September 2009**

VD Tribunal cantonal, 2009-09-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA08.021328](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA08.021328)

FR: VD\_GERICHTE ZA08.021328 du 10 septembre 2009

IT: VD\_GERICHTE ZA08.021328 del 10 settembre 2009

## **Erwägungen**

### **E. 1**

a) La loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36) entrée en vigueur le 1er janvier 2009, est immédiatement applicable dans la présente cause (art. 117 al. 1 LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). c) Interjeté le 9 juillet 2008, dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée du 6 juin 2008, reçue le 9 juin suivant par le recourant, le recours est recevable en temps utile. Il est en outre recevable en la forme (art. 60 al. 1 LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1]).

### **E. 2**

En l'espèce, le litige porte sur la question de savoir si les troubles dorsaux dont souffre le recourant sont en relation de causalité avec l'accident du 20 décembre 2005, partant, s'ils relèvent bien de l'assurance-accidents.

- 8 - a) En vertu de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (art. 4 LPGA). Le droit aux prestations de l'assurance-accidents 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 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 8C\_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1 et les références citées). 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

- 9 - 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 8C\_535/2008 du 2 février 2009 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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb p. 341ss ; RAMA 1999 n° 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 8C\_551/2007 du 8 août 2008 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, 402 consid. 2.2 et les références). 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 8C\_268/2008 du 16 février 2009 consid. 2.4). b) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport 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 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

- 10 - 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 8C\_432/2007 du 28 mars 2008, consid. 3.2.2). c) Selon la jurisprudence, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse de celles-ci. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid 3a p. 352, TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 2.1). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; ainsi il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF

- 11 - 125 V 351, consid. 3b/cc et les réf.; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007, consid. 5.2). d) En présence d'affections psychiques, la jurisprudence a dégagé des critères objectifs qui permettent de juger du caractère adéquat des troubles psychiques consécutifs à un accident. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). Pour procéder à cette classification des accidents, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle ordinaire, être d'emblée niée. Dans les cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise, sans même qu'il soit nécessaire de recourir à une expertise psychiatrique. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues en cours de guérison et les complications importantes ;

- 12 - - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant si l'on se trouve à la limite des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat de l'accident puisse être admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409).

### **E. 3**

Le recourant demande que la CNA prenne en charge son cas tant sous l'angle des indemnités journalières que sous l'angle de la rente, dès lors que ses troubles constituent les suites de l'accident du 20 décembre 2005. Il soutient par ailleurs qu'au moment de l'accident, il souffrait déjà de troubles statiques ainsi que d'une discopathie L5-S1, de sorte qu'un état antérieur pathologique préexistant a été décompensé. a) La décision litigieuse est

fondée sur l'appréciation du médecin d'arrondissement de la CNA, qui retient que les troubles ressentis par le recourant ne constituent pas la conséquence probable de l'accident du 20 décembre 2005. En effet, l'accident n'a manifestement entraîné que de simples contusions, ce que le médecin traitant admet du reste dans son rapport du 18 janvier 2006, puisque d'une part, il n'a pas jugé utile d'effectuer un contrôle radiologique et que, d'autre part, il a fixé le terme du traitement au 2 janvier 2006. Ainsi, ce n'est que le 22 mars 2006, soit trois mois plus tard, que des radiographies de la colonne dorso-lombaire ont été effectuées. Elles n'ont pas démontré de lésion traumatique, mais seulement des troubles statiques modérés et une discopathie L5-S1. Une IRM du 24 juillet 2006 a confirmé la présence d'une hernie discale paramédiane gauche L5-S1. Dans son appréciation détaillée du 3 avril 2008, le Dr Z. \_\_\_\_\_ a retenu que les troubles de la colonne vertébrale de l'assuré, qui ont motivé la reprise du traitement dès le mois de février 2006,

- 13 - n'étaient pas en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 20 décembre 2005, tout en niant que ce dernier ait décompensé un état antérieur pathologique. De l'avis de ce spécialiste en traumatologie, l'absence de mise en œuvre d'examen complémentaires avant le 14 mars 2006 et d'attestation d'incapacité de travail avant le 26 juin 2006 rend cette hypothèse de décompensation peu vraisemblable. Force est dès lors d'admettre qu'il n'existe, en l'espèce, aucun élément permettant d'avoir un doute sur le bien-fondé de l'avis convaincant et motivé de ce médecin. Partant, il convient de lui reconnaître valeur probante au sens de la jurisprudence précitée. De surcroît, au regard des pièces du dossier AI, et particulièrement de la demande de prestations AI du 12 avril 2007, l'atteinte doit être reconnue comme étant d'origine malade. En effet, le recourant explique lui-même que celle-ci est bel et bien préexistante à l'accident du 20 décembre 2005, et que l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement. Le lien de causalité naturelle doit donc être nié pour cette raison également, les troubles d'origine malade étant du ressort de l'assurance-maladie. b) Finalement, il résulte du rapport d'expertise du Dr S. \_\_\_\_\_ que les troubles invoqués par le recourant ne sont pas entièrement explicables sur le plan organique et qu'il existe une composante psychique (diagnostic de « polyinsertionite »). Le rapport de l'Hôpital [...] rend par ailleurs compte de trouble somatoforme douloureux. Selon la jurisprudence, comme on l'a vu plus haut, le lien de causalité adéquate, lorsque l'accident subi doit être qualifié de moyen à la limite inférieure, n'est admis que lorsque plusieurs critères objectifs sont remplis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). En effet, les circonstances de l'accident ne sauraient être qualifiées de dramatiques ou de particulièrement impressionnantes. Les lésions subies par le recourant ne sont pas particulièrement graves et il n'apparaît pas à la lecture du dossier qu'il aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des

- 14 - séquelles de l'accident. Le traitement médical n'a pas été particulièrement pénible et a consisté pour l'essentiel en une médication antalgique et en séance de physiothérapie. La durée de l'incapacité de travail était peu importante de sorte qu'on ne saurait admettre un rapport de causalité adéquate entre les symptômes dont souffre le recourant et l'accident du 20 décembre 2005.

#### **E. 4**

a) Dans la mesure où le lien de causalité naturelle et adéquate entre les atteintes à la santé du recourant et l'accident n'est pas établi, c'est à juste titre que la CNA a refusé d'octroyer des prestations au-delà de la date de fin du traitement, soit après le 2 janvier 2006. Il

s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne le maintien de la décision entreprise du 6 juin 2006. b) La procédure devant la Cour des assurances sociales en matière d'assurance-accidents est gratuite, il n'y a donc pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD).

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