

# **VD\_GERICHTE ZA09.033889 vom 22. November 2011**

VD Tribunal cantonal, 2011-11-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA09.033889](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA09.033889)

FR: VD\_GERICHTE ZA09.033889 du 22 novembre 2011

IT: VD\_GERICHTE ZA09.033889 del 22 novembre 2011

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Les dispositions de la LPGa (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGa). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGa). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGa notamment), de sorte qu'il est recevable.

### **E. 2**

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, 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; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le présent litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 juillet 2009.

- 13 -

### **E. 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. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA) et pour impotence (art. 26 LAA). b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 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, 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 129 V 177 consid. 3.1 et les références; TF 8C\_433/2008 du 11 mars 2009, consid. 3.1). 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'accident assuré doit être nié (TF 8C\_513/2007 du 22 avril 2008, consid. 3.1 et les références).

- 14 - Ainsi, 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 l'accident (statu quo sine; TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 et les références); 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; TF 8C\_42/2009 du 1er octobre 2009, 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'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a et les références; ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009, consid. 2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1 in fine et les références). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour

- 15 - la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3; cf. TF 9C\_22/2011 du 16 mai 2011, consid. 5). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA car, selon la

jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière 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 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). 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; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; VSI 2001 p. 106 consid. 3b; TFA I 554/01 du 19 avril 2002, consid. 2a).

#### **E. 4**

En l'espèce, le recourant a subi le 12 janvier 2009 un traumatisme crânio-cérébral simple selon le Dr L. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 23 mars 2009), traumatisme qualifié de mineur par le Dr T. \_\_\_\_\_ (rapport médical du 29 juin 2009).

- 16 - a) Selon la jurisprudence, en ce qui concerne les accidents avec traumatisme de la colonne cervicale, lésions équivalentes ou traumatismes crânio-cérébraux, on distingue sur le plan physique trois catégories d'atteintes à la santé (ATF 119 V 335 consid. 2b notamment). La première d'entre elles regroupe les atteintes à la santé qui reposent sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon. Elles reposent donc sur une base purement organique. Si cette altération structurelle est due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. La deuxième catégorie comprend les atteintes à la santé qui sont certes "organiquement" perceptibles cliniquement (cliniquement = constatable avec l'examen médical), mais qui n'ont pas de substrat organique dans le sens d'une altération structurelle. De telles atteintes ne peuvent pas être (suffisamment) prouvées du point de vue organique. Par exemple, en cas de diagnostic de "syndrome cervical", on observera une contraction musculaire (TFA U 326/2001 du 7 janvier 2003 et U 9/2005 du 3 août 2005), ou des myogéloses ou une limitation de la mobilité de la tête, par exemple une inclinaison de la tête (TFA U 109/2004 du 23 novembre 2004), sans qu'aucune base organique allant dans le sens d'altérations structurelles (TFA U 227/2004 du 30 septembre 2005, consid. 4.2.1) n'en explique la cause. L'expérience montre que ces troubles ont comme particularité de pouvoir également être déclenchés psychiquement. Il en va de même pour des problèmes mis en évidence

- 17 - par des tests neuropsychologiques (distraction, manque de concentration, etc.) et qui ne sont pas fondés sur une atteinte organique (cérébrale) (TFA U 80/2001 du 11 juillet 2003 et U 216/2003 du 20 septembre 2004). De telles atteintes, dont la cause organique n'est pas démontrable quand le lien de causalité est retenu, ne sont pas considérées sans autres comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident, tel que c'est le cas pour les

atteintes avec substrat organique au sens d'altérations structurelles. Dans ces cas de plaintes seulement perceptibles cliniquement, il faut encore évaluer à part la causalité adéquate. Enfin, les atteintes à la santé qui ne sont pas perceptibles cliniquement et qui n'ont pas de substrat organique au sens d'altérations structurelles établies prennent place dans la troisième catégorie. Il s'agit de simples plaintes de troubles diffus (ATF 119 V 335). Dans ce cas, la causalité naturelle fait déjà défaut. b) En l'espèce, il s'agit d'examiner si les atteintes à la santé constatées ou exprimées par le recourant reposent sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et, dans l'affirmative, d'examiner si cette altération structurelle est la conséquence de l'accident. Au lendemain de l'accident, le Dr L.\_\_\_\_\_ diagnostique un traumatisme crânio-cérébral simple, constate un status neurologique normal et observe une consommation régulière de cannabis. Dans le cadre d'un examen neuropsychologique auprès du Service de neuropsychologie et de neuroréhabilitation du CHUV les 23 février et 10 mars 2009, le Prof. K.\_\_\_\_\_ relève l'absence de lésion traumatique. Elle fait état d'une consommation quotidienne de cannabis et mentionne des signes probables de la lignée dépressive tout en situant les fonctions cognitives globalement dans la norme. Une IRM cérébrale réalisée le 22 juin 2009 au Service de radiologie des Etablissement hospitalier du Nord Vaudois n'a pas décelé de lésion post-traumatique ni de lésion pouvant expliquer un changement du comportement. Dans son rapport du 29 juin 2009, le Dr

- 18 - T.\_\_\_\_\_ fait état d'un patient assez particulier sur le plan psychologique, dépendant aux drogues et souffrant de longues dates de céphalées. Il relève que la normalité du CT-scan et de l'IRM permet d'écarter une affection somatique à l'origine des troubles et que les divers examens cliniques et radiologiques n'ont pas démontré de lésions structurelles majeures. Il estime qu'une partie des plaintes apparues à la suite de l'événement accidentel du 12 janvier 2009 peut être considérée comme compatible avec un syndrome post-traumatique et que les discrètes anomalies mises en évidence à l'examen neuropsychologique peuvent également être considérées comme compatibles avec un traumatisme crânio-cérébral mineur mais peuvent également s'expliquer par des facteurs antérieurs et des éléments psychologiques. Quant à la modification de la personnalité du recourant, il est évident, selon le Dr T.\_\_\_\_\_, que l'accident du 12 janvier 2009 n'était pas de nature à entraîner une telle pathologie. Ce praticien conclut que les plaintes encore formulées à la date de son rapport sont en relation de causalité naturelle tout au plus possible mais non probable avec l'événement accidentel étant donné le caractère objectivement modeste de l'accident d'une part et la répercussion des troubles sur la capacité de travail d'autre part. Le Dr T.\_\_\_\_\_ admet le retour au statu quo ante trois mois après l'accident, soit le 12 avril 2009. Dans un avis du 1er juillet 2009, le Dr H.\_\_\_\_\_ se rallie à l'appréciation du Dr T.\_\_\_\_\_ s'agissant du statu quo ante largement atteint sur le plan somatique. Le médecin d'arrondissement ne retient pas de causalité naturelle entre l'accident et les troubles psychologiques d'une part, et la toxicodépendance d'autre part. Après un nouvel examen des avis médicaux figurant au dossier, il confirme sa position dans un rapport du 5 août 2009; il retient que les troubles psychologiques relèvent vraisemblablement d'une comorbidité psychiatrique en relation probable avec une toxicodépendance totalement étrangère à l'accident, comorbidité qui n'a été que possiblement aggravée par l'accident, de manière temporaire et non déterminante. Par ailleurs, le recourant est suivi par le Dr S.\_\_\_\_\_ depuis 2006, soit bien avant l'accident, en raison de sa consommation de cannabis et du repli sur lui-même. C'est d'ailleurs ce

psychiatre qui a

- 19 - adressé le recourant au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois, où il a séjourné du 15 au 25 juin 2009. L'avis de sortie fait mention des diagnostics de trouble de la personnalité sans précision et de dépendance au cannabis, abstinent. Dans son rapport médical du 6 septembre 2009 à l'attention de l'OAI, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin traitant du recourant depuis 2004, diagnostique un traumatisme crânien, un trouble de la personnalité sans précision et une dépendance au cannabis. Il fait état de persistance de désorganisation, d'asthénie, de céphalées, de tendance aux vertiges, de lenteur, de difficultés de concentration, d'isolement, de retrait social, d'affect bizarre et mentionne l'hypothèse d'une décompensation psychiatrique déclenchée par l'accident. c) Au vu de ce qui précède, force est de constater que les quelques déficits neuropsychologiques de l'assuré, pour autant qu'ils soient en rapport avec l'accident du 12 janvier 2009, n'ont pas de substrat organique. Ils peuvent au mieux appartenir à la seconde catégorie (cf. consid. 4a surpa) mais ne permettent nullement de prouver à l'origine des troubles l'existence d'une altération structurelle.

## **E. 5**

a) En cas d'atteinte à la santé sans preuve de déficit organique consécutif à un traumatisme crânio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé en 2008 sa jurisprudence au sujet de la relation de causalité entre les plaintes et un traumatisme de type "coup du lapin" ou un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou encore un traumatisme crânio-cérébral, sans preuve d'un déficit organique objectivable (ATF 134 V 109). Selon cet arrêt (et la jurisprudence subséquente – cf. notamment TF 8C\_39/2010 du 7 septembre 2010, consid. 5), il faut appliquer une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence de tels troubles. Le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du

- 20 - lien de causalité. Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type "coup du lapin" et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante: - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible; - l'intensité des douleurs; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. En cas d'accident de peu de gravité ou d'accidents insignifiants, on peut sans autre en principe nier l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et des suites accidentelles non manifestes. S'il s'agit d'un accident grave, il faut en principe admettre l'existence d'un lien de causalité adéquate. Quant aux accidents de gravité moyenne, il faut prendre en compte d'autres circonstances objectives en relation avec l'accident (critères précités). b) En l'occurrence, il est manifeste que l'événement du 12 janvier 2009 ne

constitue pas un accident grave, ni un accident de gravité moyenne à la limite des accidents graves.

- 21 - Cela étant, l'accident est décrit comme un violent choc de la tête contre une poutre en béton. Au vu des éléments du dossier, son déroulement n'est pas objectivement impressionnant et n'a pas eu lieu dans des circonstances dramatiques. Le diagnostic de traumatisme crânio-cérébral simple est posé le lendemain et il est constaté un status neurologique normal ainsi que l'absence d'hématome. Le Prof. K. \_\_\_\_\_ retient que le CT-scan cérébral effectué le 22 janvier 2009 n'a pas mis de lésion traumatique en évidence. Le Dr T. \_\_\_\_\_ fait état de problèmes légers et de discrètes anomalies qui peuvent être liés au traumatisme crânio-cérébral mais aussi à des facteurs antérieurs et relève que la causalité naturelle n'est que possible et non probable avec l'accident. De surcroît, des troubles antérieurs à l'accident sont constatés chez le recourant, tels qu'un état dépressif, une consommation de stupéfiants et des maux de tête, pouvant être à l'origine, comme facteurs extérieurs à l'accident, des quelques déficits neuropsychologiques décelés. Le Dr H. \_\_\_\_\_ précise que les troubles psychologiques relèvent vraisemblablement d'une comorbidité psychiatrique en relation probable avec une toxicodépendance totalement étrangère à l'accident. Au vu de ce qui précède, et l'absence de lésion osseuse ou neurologique en particulier, le critère de la gravité ou de la nature particulière des lésions ne peut être retenu. Le Dr L. \_\_\_\_\_ a prescrit au recourant un traitement antalgique et l'arrêt du cannabis. Le Dr G. \_\_\_\_\_ mentionne lui avoir prescrit des calmants et du repos (rapport du 28 avril 2009). Au terme du séjour au Centre de Psychiatrie du Nord Vaudois le 25 juin 2009, aucune médication ne lui est prescrite. Le Dr T. \_\_\_\_\_ mentionne par ailleurs dans son rapport du 29 juin 2009 qu'il lui semble que "le traitement ait comporté la prescription d'antalgiques, sans autre". On ne saurait dès lors, au vu de ces éléments, retenir le critère de l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible. Précisons que le recourant est en traitement chez le Dr G. \_\_\_\_\_ depuis 2004 et est suivi par le Dr S. \_\_\_\_\_ depuis 2006 dans le cadre d'un sevrage et d'un repli sur lui-même, et non pour les séquelles de l'accident.

- 22 - S'agissant du critère de l'intensité des douleurs, il ne ressort pas du dossier que le recourant ait souffert de douleurs particulièrement intenses. Il n'y a pas non plus d'indices pour admettre une erreur de traitement, ni des difficultés ou complications importantes au cours de la guérison. Quant à l'importance de l'incapacité de travail, elle ressort davantage de facteurs antérieurs et extérieurs que de l'événement accidentel du 12 janvier 2009, lequel a tout au plus eu une incidence légère sur des facteurs préexistants. L'OAI a d'ailleurs constaté, dans sa décision du 21 mai 2010, qu'aucun élément médical ne permettait d'objectiver une atteinte à la santé psychique avérée qui puisse être à l'origine des troubles et justifier une quelconque incapacité de travail. Au demeurant, le jour de l'accident, le recourant a terminé sa journée de travail et après quelques jours d'arrêt de travail a été en mesure de reprendre son activité à 100%, les 19 et 20 janvier 2009. En conclusion, l'examen des circonstances liées à l'accident ne permet pas d'admettre que les critères énoncés par la jurisprudence sont majoritairement remplis. Il s'ensuit que l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident du 12 janvier 2009 et les troubles sans substrat organique n'existait plus – pour autant qu'il ait existé – au 30 juin 2009 au plus tard. L'intimée était donc en droit de refuser de prolonger les prestations au-delà du 30 juin 2009. c) Le recourant fait également grief à l'intimée de ne pas avoir, dans le cadre du traitement médical pris en charge, utilisé une des machines dont elle disposait, permettant de contrôler les

traumatismes crânio-cérébraux simples et de les soigner rapidement et à moindre frais. A cet égard, il sied de relever que le traumatisme crânio- cérébral a été traité et guéri, de sorte qu'il n'existe aucun motif propre à convaincre la CNA de poursuivre le traitement médical au moyen de la machine précitée. Par ailleurs, la CNA était fondée à ne pas compléter les

- 23 - démarches entreprises par les différents médecins sollicités, eu égard aux avis de ces derniers faisant état de l'évolution favorable de la situation.

#### **E. 6**

Il s'ensuit que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g a contrario LPGA).

- 24 -

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