

VD_GERICHTE ZA12.011614 vom 28. Juli 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.011614

FR: VD_GERICHTE ZA12.011614 du 28 juillet 2014

IT: VD_GERICHTE ZA12.011614 del 28 luglio 2014

Erwägungen

E. 1

Diagnostic actuel exact • Lombalgies chroniques : troubles dégénératifs du rachis lombaire prédominant à l'étage L3-L4 avec rétrécissement modéré du canal lombaire • Gonarthrose bilatérale prédominant à gauche

E. 1.1

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 sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances, étant compétent celui du canton de domicile de l'assuré (art. 56 al. 1 et 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les 30 jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 14 - Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est par ailleurs régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD ; cf. aussi art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire ; RSV 173.01]). En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respectant les autres conditions de forme prévue par la loi (cf. notamment art. 61 let. b LPGA), est en principe recevable.

E. 1.2

Compte tenu de la motivation du recours, il y a toutefois lieu de préciser les conclusions du recourant qui contiennent de toute évidence quelques erreurs dans la mesure où il demande de « pleines » indemnités de la part de « l'assureur perte de gain maladie, du 13 novembre 2010 au 30 novembre 2011, subsidiairement au 3 octobre 2011 ». Il ressort du dossier que l'intimée est pour le recourant en même temps assurance-accidents et assurance perte de gain en cas de maladie. En outre, il résulte de tous les mémoires du recourant, ainsi que de la procédure administrative auprès de l'intimée que le recourant requiert, pour la période susmentionnée, des indemnités de la part de l'intimée uniquement en tant qu'assurance-accidents et non pas en tant qu'assureur perte de gain maladie. Il ressort des déterminations de l'intimée qu'elle a également compris le recours et les conclusions du recourant dans ce sens. Par ailleurs, le recourant a déposé son recours uniquement contre une décision sur opposition de l'intimée qui lui refuse de plus amples prestations de l'assurance-accidents, et non pas contre une (éventuelle) décision au sujet de prestations perte de gain maladie. De plus, le recourant ne requiert des indemnités à 100% de l'assurance-accidents que durant la période du 13 novembre 2010 au 31

- 15 - août 2011 (cf. p. 5 ch. 19 et p. 14 de l'acte de recours) ; pour la période postérieure, il demande un pourcentage sans toutefois donner de précisions, admettant ayant partiellement repris son activité salariale, voire même une activité à 100% « d'un point de vue de l'éventualité accident » dès le 1er novembre 2011 (p. 6 ch. 23 du recours). En raison de douleurs persistantes, le recourant se réserve toutefois de requérir des indemnités de l'assurance-accidents au-delà du 31 (sic !) novembre 2011 (cf. p. 7 ch. 30 du recours). Les conclusions doivent donc être interprétées dans le sens que le recourant sollicite des indemnités uniquement de l'assurance-accidents pour la période du 13 novembre 2010 au 30 novembre 2011, puis éventuellement au-delà de cette dernière date, en sus de possibles prestations de l'assurance perte de gain maladie. De plus, il ne demande des indemnités journalières à 100% que pour la période du 13 novembre 2010 au 31 août 2011, celles-ci étant ensuite réduites en fonction de sa capacité de travail résiduelle. Selon l'intimée, elle a versé des indemnités journalières en tant qu'assureur-accidents à 70% du 16 novembre 2010 au 31 mai 2011 et à 10% du 1er juin 2011 au 2 octobre 2011.

E. 1.3

Au vu de ce qui précède, la valeur litigieuse ne peut être précisée et il n'est pas exclu qu'elle soit supérieure à 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non pas par un juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a et al. 4 LPA-VD et 83c al. 1 LOJV). 2. En l'espèce, est donc litigieux le droit du recourant à des indemnités journalières sur la base de la LAA dès novembre 2011, et plus particulièrement le taux et la durée.

E. 2

Votre avis quant au taux d'incapacité actuelle et future dans la profession actuelle ? Compte tenu de la bonne cohérence entre le dossier à disposition, les allégations de l'assuré, l'examen clinique de l'assuré et le dossier radiologique, les taux d'incapacité de travail relevés dans le dossier médical semblent justifiés. Un taux d'incapacité de travail de 30% est attesté par le médecin traitant à partir du 4 mai 2006. Au vu de l'amélioration subjective des derniers mois, je suis d'avis qu'un taux d'incapacité de 20% est actuellement justifié. Compte tenu de l'activité professionnelle qui nécessite des stations assises prolongées en particulier lors de déplacements en voiture, une augmentation de la capacité de travail n'est pas à prévoir. [...]

E. 2.1

D'après l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accidents professionnels, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

- 16 - 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). Selon l'art. 16 LAA, l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (al. 1). Le droit à l'indemnité journalière naît le troisième jour qui suit celui de l'accident. Il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (al. 2). L'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas allouée s'il existe un droit à une indemnité journalière de l'assurance-invalidité ou à une allocation de maternité (al. 3). Aux termes de l'art. 36 LAA institué « Concours de diverses causes de dommages », les prestations pour

soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1). Les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivant sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident ; toutefois en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). En invoquant l'art. 36 al. 1 LAA, le recourant est d'avis que l'intimée lui doit les indemnités journalières au moins jusqu'à fin novembre 2011 au titre de l'assurance-accidents.

E. 2.2.1

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu l'existence d'un rapport de causalité naturelle et adéquate entre l'accident, d'une part, et le traitement médical et l'incapacité de travail de la personne assurée, d'autre part. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en présence de troubles

- 17 - physiques consécutifs à un accident, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). Un rapport de causalité naturelle doit être admis si le dommage ne se serait pas produit du tout, ou ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement assuré. Il n'est pas nécessaire que cet événement soit la cause unique, prépondérante ou immédiate de l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1). Selon la jurisprudence, il suffit même que l'accident ait été la "conditio sine qua non" qui a simplement déclenché de manière prématurée le dommage (all. : "bloss zeitlich bestimmend war") qui se serait de toute manière produit plus tard. Il en va différemment si le risque était déjà présent et qu'il fallait s'attendre à tout instant à la survenance du dommage (TF U 413/05 du 5 avril 2007 consid. 4.2 in : SVR 2007 UV n° 28 p. 94 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3). 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 3a ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1).

- 18 -

E. 2.2.2

Comme exposé ci-avant, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont, selon l'art. 36 al. 1 LAA, pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Contrairement aux rentes selon l'art. 36 al. 2 LAA, lesdites prestations ne sont donc pas réduites si la capacité de gain n'est pas uniquement restreinte suite à l'accident. L'art. 36 al.

1 LAA suppose toutefois que le facteur étranger à l'accident soit une affection secondaire à celui-ci ; il faut quand même qu'il y ait un lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé ; cela implique que l'accident et l'événement non assuré aient causé ensemble un dommage. L'art. 36 LAA n'est donc pas applicable lorsque l'accident et le facteur étranger à l'accident ont causé des lésions distinctes sans corrélation entre elles ; cela est par exemple le cas lorsque le facteur étranger à l'accident concerne d'autres parties du corps que ceux qui sont concernés par l'accident (cf. ATF 126 V 116 consid. 3b ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 3.2.1 ; 8C_216/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.2 ; 8C_181/2009 du 30 septembre 2009 consid. 4.1 in : SVR 2010 UV n° 4 p. 17 ; 8C_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4) C'est ainsi que le Tribunal fédéral a insisté par exemple sur la question à savoir si l'accident a aggravé les lombalgies antérieures (cf. TF 8C_277/2007 du 2 avril 2008 consid. 4 ; 8C_181/2009 du 30 septembre 2009 consid. 5.4 in : SVR 2010 UV n° 4 p. 17). Si l'accident a aggravé une atteinte préexistante, l'assureur-accident doit prester selon l'art. 36 al. 1 LAA même si la part de la maladie est prédominante et la part accident minime (cf. TF 8C_476/2011 du 5 décembre 2011 c. 6.2). A l'art. 36 al. 1 LAA, il n'est pas fait de distinction entre une aggravation temporaire (all. : "vorübergehende Verschlimmerung") et un déclenchement d'une atteinte préexistante qui ne réduisait pas encore la capacité de gain avant l'accident (all. : "erstmalige Manifestierung des krankhaften Vorzustands") (TFA U 370/00 du 29 mai 2002 c. 1b), contrairement à l'art. 36 al. 2 LAA. Selon l'art. 36 al. 2, 2e phrase LAA, les rentes ne sont pas réduites en raison des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain ; a contrario,

- 19 - une telle réduction a lieu, pour les rentes, si l'état antérieur portait atteinte à la capacité de gain (cf. toutefois aussi l'art. 100 al. 3 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accident ; RS 832.202] et Thomas Ackermann, Kausalität, in : Schaffhauser/Kieser, Unfall und Unfallversicherung, Entwicklungen – Würdigungen – Aussichten, St-Gall 2009, p. 40). Concernant les prestations pour soins et les indemnités journalières, une telle distinction n'a pas lieu. Le but de cette disposition est de faciliter le règlement du dommage et d'éviter que l'assuré doive s'adresser à plusieurs assureurs (ATF 126 V 116 c. 3a).

E. 2.2.3

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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, 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 (cf. TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; TFA in : RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et RAMA 1992 n° U 142 p. 75). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit toutefois pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (non-applicabilité du 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). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations

que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations,

- 20 - la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prêter (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206).

E. 2.3

Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3 in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : "anspruchsbegründende Tatfrage"). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie (all. : "anspruchsaufhebende Tatfrage"), le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3 in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75).

- 21 -

E. 2.4

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 LPGA), 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 la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, 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-conseil de l'assurance car, selon la jurisprudence, les assurances sociales n'interviennent 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 d'une assurance sociale 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

- 22 - 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. 2.5

Une certaine concrétisation du principe de la libre appréciation des preuves a lieu eu égard à l'expérience médicale et, sur cette base, par la jurisprudence du Tribunal fédéral. Cela a notamment des effets sur la condition du lien de causalité entre l'accident et les atteintes à la santé. Ainsi, selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Dans de telles circonstances, l'assureur-accidents doit, selon la jurisprudence, allouer ses prestations également en cas de rechutes et pour des opérations éventuelles. Si une hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.1 ; TFA U 149/99 du 7 février 2000 consid. 3 in : RAMA 2000 n° U 378 p. 190 ; Debrunner/Ramseier, Die Begutachtung von Rückenschäden, Berne 1980, p. 54 ss, en particulier p. 56).

- 23 - Une lombalgie chronique se développant après un traumatisme qui n'a provoqué aucune lésion structurelle au niveau du squelette axial ne doit pas être attribuée à une cicatrisation tissulaire insuffisante, mais bien plutôt au fait que la douleur est entretenue par d'autres facteurs, la plupart du temps sous forme de constellation psychosociale défavorable (TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 et la référence citée). Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; U 179/03 du 7 juillet 2004

consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 3a). Enfin, une aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le status quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies posttraumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (all : "eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss") (cf. TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 ; 8C_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2 in : SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 4.2.1 in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; TFA U 354/04 du 11 avril 2005 consid. 2.2 et U 60/02 du 18 septembre 2002 consid. 3.2, les trois derniers arrêts avec des références à la doctrine médicale ; cf. aussi Monica Armesto, UV- spezifische Beweiprobeme, in : Steiger-Sackmann/Mosimann, Recht der Sozialen Sicherheit, Bâle 2014, n. 18.47 ss 648 s.).

- 24 - 3. En l'espèce, il n'y a aucun doute que la chute à moto du 13 novembre 2010 constitue un accident au sens de l'art. 4 LPGA et aucune partie ne le remet en doute. Litigieuse est toutefois la question de savoir dans quelle mesure il y a un lien de causalité entre la chute à moto, d'une part, et les problèmes lombaires, voire dorsaux, et l'incapacité de travail (entière et partielle), d'autre part. 3.1 Les premiers documents médicaux établis après l'accident ne mentionnent pas de problèmes dorsaux suite à l'accident (cf. rapports/courriers/procès-verbaux/certificats des Drs V. _____ du 20 décembre 2010, P. _____ du 11 et 13 janvier 2011 et Z. _____ du 30 mars 2011). Certes, le Dr Z. _____ évoquait le 30 mars 2011 une grosse contusion avec hématome du flanc gauche et de la cage thoracique. Il ne s'est toutefois pas prononcé sur le dos ou une intensification des problèmes lombaires à cet instant. Ce n'est que pendant la procédure judiciaire que ce médecin a fait part d'une « péjoration nette » des dorso-lombalgies suite à l'accident (attestation du 25 avril 2012). De plus, dans un courrier du 10 septembre 2012, ce médecin énonçait un hématome sur le flanc gauche ; les plaintes concernant ce flanc auraient eu des irradiations invalidantes dans la zone lombaire à gauche. En revanche, le médecin-conseil de l'intimée, le Dr J. _____, a retenu dans son rapport du 28 juin 2011 établi après avoir examiné personnellement le recourant, que ce dernier se plaignait « encore et surtout d'un peu de douleurs dans le flanc, le dos et, occasionnellement, à l'épaule droite ». Dr J. _____ a évoqué une « contusion du dos », tout en exposant qu'à neuf mois de l'accident le statu quo sine sera atteint pour le dos (cf. p. 2 de son rapport : « Vis-à-vis des suites de la contusion du dos, je pense que raisonnablement à neuf mois de l'accident, on pourra faire un statu quo sine pour le dos. »). Dans cette mesure, la Cour de céans doit admettre, contrairement à ce que semble laisser entendre l'intimée, qu'il y a effectivement eu une certaine aggravation des troubles lombaires et des problèmes du dos suite à l'accident. L'intimée n'a elle-même pas remis

- 25 - explicitement en cause l'appréciation de son médecin-conseil et l'on ne discerne pas de raison pour le faire, le rapport suffisant aux critères requis pour lui accorder pleine valeur probante (cf. supra consid. 2.4). Cette appréciation du Dr J. _____ trouve aussi un fondement dans les documents postérieures du Dr Z. _____ des 25 avril et 10 septembre 2012 qui évoquent des irradiations dans la zone lombaire. Il est vrai que les problèmes de dos n'avaient dans un premier temps pas été mentionnés par les médecins traitants aux

hôpitaux [...] et [...]. Ceux-ci s'étaient cependant concentrés sur les blessures aux membres supérieures, telle que la fracture du poignet, qui paraissent, du moins dans un premier temps, primordiales. Vu le déroulement de l'accident à moto (chute en cours de route, à une vitesse de 70 km/h, respectivement de 50 à 60 km/h selon les dires du recourant, les blessures notamment aussi à l'épaule et au flanc, ainsi que les atteintes dégénératives préexistantes, une aggravation des problèmes dorsaux suite à l'accident apparaît toutefois effectivement vraisemblable. En conséquence, il faut admettre, contrairement à la position de l'intimée, une aggravation des problèmes dorsaux chez le recourant suite à l'incident du 13 novembre 2010. 3.2 Au niveau médical, il se pose dès lors la question de la durée de l'aggravation due à l'accident. De tous les examens médicaux effectués, notamment l'IRM lombaire (cf. rapport du Dr D. _____ du 11 juillet 2011), il ne ressort pas de lésions structurelles suite à un traumatisme par rapport au dos. Le rapport IRM du 11 juillet 2011 expose une discopathie dégénérative, mais aucune fracture, ni œdème. Ce rapport retient certes une diminution des diamètres du canal lombaire sur L4-L5 et une facetoarthrose étagée prédominante sur L4-L5 et L5-S1, tandis que le Dr G. _____ avait encore constaté dans son rapport du 31 octobre 2006 des troubles dégénératifs du rachis lombaire prédominant en L3-L4 ; cela ne change toutefois rien au fait qu'aucune lésion structurelle due à l'accident n'a été constatée. Le

- 26 - décalage de la prédominance des lésions dégénératives de L3-L4 à L4-L5 ne peut donc résulter que de l'évolution normale due à l'âge, voire à l'évolution dégénérative préexistante. Au vu des lésions dégénératives préexistantes, d'une part, et du manque de lésion structurelle au niveau du dos d'origine traumatique, d'autre part, il y a lieu de se référer notamment à l'expérience médicale évoquée ci-avant au considérant 2.5. Selon lesdites expériences médicales, l'aggravation post-traumatique des problèmes dorsaux cesse de produire des effets après six à neuf mois. Dans cette mesure, la date retenue par le Dr J. _____ au 1er août 2011, respectivement à presque neuf mois de l'accident du 13 novembre 2010, apparaît donc justifiée. Même si le médecin traitant, le Dr Z. _____, atteste une péjoration nette des dorso-lombalgies suite à l'accident (cf. rapport du 26 avril 2012), il n'en demeure pas moins, comme exposé, qu'une aggravation due à l'accident n'a pas été établie radiologiquement (cf. rapport de l'IRM lombaire du 11 juillet 2011). Selon l'expérience médicale reconnue par le Tribunal fédéral, le status quo sine est alors déjà atteint après trois à quatre mois concernant les lombalgies. Il n'y a ainsi pas lieu de retenir un lien de causalité entre l'accident et les dorso-lombalgies qui justifierait des prestations de l'assurance-accidents au-delà de la date retenue au 1er août 2011 par le Dr J. _____ (cf. arrêts du TF cités ci-dessus au consid. 2.5 in fine). Le recourant remarque que le Dr J. _____ avait lui-même encore déclaré qu'il est extrêmement difficile d'évaluer la répercussion fonctionnelle à l'incapacité de travail de quelqu'un qui a 60 ans et deux PTG bilatérales, qu'il y avait « un domaine de zone grise avec un flou complet ». Cependant, compte tenu de l'expérience médicale précitée, cela ne joue en l'espèce aucun rôle. Dans cette mesure, il n'est pas non plus nécessaire de procéder à des instructions supplémentaires par la mise en œuvre, notamment, d'une expertise.

- 27 - Quant à la répartition proposée par le Dr J. _____ entre cause accident et cause maladie perte de gain (10% cause accident et 30% cause maladie en juillet 2011), celle-ci ne peut être suivie du fait qu'il s'agit d'une question de l'application du droit, sur laquelle le médecin ne peut se prononcer de manière à lier l'administration et le tribunal. De plus, son appréciation est erronée au regard de la disposition de l'art. 36 al. 1 LAA, laquelle

transgresse en partie le principe de causalité pour justement simplifier la procédure et éviter aux assurés de devoir s'adresser à plusieurs assureurs (cf. ATF 121 V 326 consid. 3a ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 3.2.1). 3.3 Au vu de ce qui précède, il faut donc conclure ce qui suit pour les troubles dorsaux : L'intimée a versé des indemnités journalières en tant qu'assureur-accidents à 70% pour la période du 16 novembre 2010 au 31 mai 2011 et à 10% du 1er juin 2011 au 2 octobre 2011. Elle a attribué un 30% à l'assurance perte de gain maladie pour toute la période dès l'accident. Cependant, comme il a été exposé, l'accident a causé une aggravation des problèmes dorsaux préexistants jusqu'à fin juillet 2011. En application de l'art. 36 al. 1 LAA, l'intimée en tant qu'assurance-accidents doit donc prendre en charge entièrement les indemnités journalières pour cette période et ne peut les réduire, comme elle l'a fait, en attribuant un 30% à l'assurance perte de gain maladie pour les problèmes dorsaux. Cela signifie que l'intimée doit prendre en charge, au titre de l'assurance-accidents, des indemnités journalières au taux de 100% à partir du 16 novembre 2010 – soit dès le troisième jour après l'accident selon l'art. 16 al. 2 LAA – et ce jusqu'au 31 mai 2011, le recourant ayant repris son travail au taux de 60% (d'un 100%) dès le 1er juin 2011. Du 1er juin 2011 au 31 juillet 2011, l'intimée en tant qu'assurance-accidents devra encore

- 28 - prendre en charge la différence, soit un 40% (d'un 100%). En effet, le Dr J. _____ a indiqué un statu quo sine pour le dos dès le 1er août 2011. Les dorso-lombalgies relevées notamment par le Dr Z. _____ au-delà de cette date ne sont plus en lien de causalité avec l'accident et le recourant n'a ainsi, à ce sujet, plus droit à des prestations de l'assurance-accidents. 3.4 Enfin, il n'y a pas lieu de se prononcer sur la question de savoir si et dans quelle mesure le recourant peut encore faire valoir un droit à des quelconques prestations s'agissant du coude et du poignet. D'une part, le recourant n'a rien fait valoir dans la présente procédure judiciaire à ce propos. D'autre part, l'intimée avait explicitement retenu dans sa décision originale du 1er décembre 2011 qu'elle réclamerait encore un rapport médical afin de connaître la situation « à ce jour » et qu'elle y reviendrait dès réception des renseignements médicaux. Le dossier produit par l'intimée ne contient par ailleurs rien de plus sur ce point. 4. En définitive, le recours s'avère ainsi partiellement fondé, la décision attaquée devant être réformée dans le sens que des indemnités journalières de l'assurance-accidents sont octroyées au recourant à 100% du 16 novembre 2010 au 31 mai 2011 et à 40% du 1er juin 2011 au 31 juillet 2011.

E. 5

La procédure étant en principe gratuite, il n'est pas prélevé de frais judiciaires (cf. art. 61 let. a LPGA). Le recourant obtenant partiellement gain de cause et étant représenté par un mandataire professionnel a droit à des dépens, qui sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige à 1'500 fr. (cf. art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 7 TFJAS). L'intimée n'a pas droit à des dépens (cf. ATF 126 V 143 ; 127 V 205).

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