

VD_GERICHTE ZA12.027946 vom 8. November 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-11-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.027946

FR: VD_GERICHTE ZA12.027946 du 8 novembre 2012

IT: VD_GERICHTE ZA12.027946 del 8 novembre 2012

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 72/12 - 108/12 ZA12.027946 CO UR DE S ASSURANCES
S OCIALES _____ Arrêt du 8 novembre
2012 _____ Présidence de Mme PASCHE Juges : M. Métral et Mme
Rossier, assesseur Greffier : M. Germond ***** Cause pendante entre : A. _____, à
Lausanne, recourant, représenté par le Cabinet de Conseil [...], à Lausanne, et CAISSE
NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée.
_____ Art. 6 al. 1 LAA 402

- 2 - E n f a i t : A. Le 27 avril 2011, A. _____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), né en
1962, a glissé en descendant une échelle sur un chantier dans le cadre de son travail
d'aide-électricien placé par [...] [...] SA. Selon la déclaration de sinistre complétée le 29
avril 2011 par [...], l'assuré se trouvait en incapacité de travail depuis lors, la partie du corps
atteinte étant le dos. Dans un rapport médical LAA du 25 mai 2011, le Dr S. _____,
spécialiste en médecine générale, consulté le 29 avril 2011, a posé les diagnostics de
contusion du membre supérieur droit et de lombalgies post- traumatiques. Il faisait en outre
état d'une incapacité de travail à 100% dès le 29 avril 2011. Le 9 juin 2011, la Caisse
nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA ou l'intimée) a informé
l'assuré qu'elle lui allouerait des prestations pour les suites de l'accident professionnel du 27
avril 2011. Le 28 juin 2011, le Dr S. _____ a indiqué que l'assuré avait été adressé au Dr
L. _____, spécialiste en médecine physique et réhabilitation, compte tenu de la
persistance des douleurs. Dans un rapport intermédiaire du 11 août 2011, le Dr L. _____
a observé une évolution défavorable sans qu'une reprise de travail ne puisse alors être
envisagée. Selon le rapport d'IRM lombaire du 15 septembre 2011, le Dr C. _____,
spécialiste en radiologie, n'a pas mis en évidence de lésion post-traumatique (en particulier
pas de tassement vertébral ni de hernie discale). L'assuré présentait une discopathie L5-S1
associée à un foyer d'hyperintensité de signal T2 de l'os sous-chondral inférieur de L5 en
relation avec des lésions dégénératives de type I selon Modic. Des lésions séquellaires
d'ostéochondrose à caractère chronique

- 3 - localisées dans la partie inférieure de ce plateau étaient également mises en évidence.
Le 16 novembre 2011, le Dr V. _____, médecin d'arrondissement de la CNA a retenu un
état de statu quo ante à six mois de l'accident survenu le 27 avril 2011. Par décision du 14
novembre 2011, la CNA a relevé que selon son médecin d'arrondissement, les troubles qui
subsistaient n'étaient plus consécutifs à l'accident du 27 avril 2011, mais de nature
exclusivement malade. L'assureur-accidents a dès lors mis un terme au versement des
prestations (indemnités journalières et frais de traitement) à partir du 1er décembre 2011. Le
6 décembre 2011, l'assuré s'est opposé à la décision précitée, en concluant à sa réforme dans
le sens du maintien de son droit aux prestations d'assurance. Il requérait à titre de mesures
d'instruction la mise en œuvre d'une expertise médicale neutre. Indiquant qu'il n'avait pas

repris son travail, il était d'avis que ses troubles et douleurs persistants étaient bel et bien liés à l'accident survenu le 27 avril 2011. Le 16 décembre 2011, l'assuré a déposé une demande de prestations AI pour adultes en faisant état de douleurs dorsales. A l'occasion d'une appréciation médicale du 27 juin 2012, le médecin d'arrondissement de la CNA V. _____ s'est exprimé comme il suit sur le cas de l'assuré: "3. Appréciation La notion de chute n'est pas évidente lors de l'événement du 27.4.2011 puisque la déclaration de sinistre ne mentionne qu'une glissade. Les diverses investigations radiologiques n'ont montré aucune lésion osseuse mais plutôt des troubles dégénératifs, sans relation avec l'événement du 27.4.2011. On peut dès lors reconnaître à notre assuré un statu quo ante au plus tard à 6 mois après l'événement du 27.4.2011. Une pleine capacité de travail doit lui être reconnue à cette date."

- 4 - Par décision sur opposition du 3 juillet 2012, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et a confirmé sa décision du 14 novembre 2011. Elle a relevé que le terme mis au versement des prestations au 30 novembre 2011 l'avait été à bon droit. Le 20 juillet 2012, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud (OAI) a transmis à la CNA un projet de décision établi le même jour dont il ressortait en substance que l'atteinte à la santé constatée (dorsolombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs) était sans répercussion sur la capacité de travail de l'assuré. L'OAI entendait dès lors rejeter sa demande de prestations. B. Par acte du 16 juillet 2012, A. _____, représenté par le Cabinet de Conseil [...], a recouru devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition du 3 juillet 2012, en concluant à sa réforme en ce sens qu'il a droit aux prestations de l'assurances-accidents et à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) de 40%. Il fait en substance valoir que les troubles qu'il présente se trouvent encore en lien de causalité avec l'événement du 27 avril 2011. Il produit à cet effet l'IRM lombaire du 15 septembre 2011 ainsi qu'un certificat médical établi le 25 avril 2012 par le Dr S. _____ qui atteste une incapacité de travail à 100% depuis le 27 avril 2011. Dans sa réponse du 11 septembre 2012, la CNA conclut au rejet du recours. Elle relève en substance que le recourant n'apporte aucun élément médical nouveau susceptible de rediscuter la décision litigieuse. Par réplique du 17 septembre 2012, le recourant confirme implicitement les conclusions de son recours. Il produit un nouveau certificat médical du 10 septembre 2012 du Dr S. _____ adressé à son conseil dont il ressort qu'il présente toujours des douleurs dorso-lombaires entraînant une incapacité de travail à 100% de durée indéterminée et que ce médecin suggère de le soumettre à une expertise.

- 5 - Dans sa duplique du 4 octobre 2012, l'intimée observe qu'une expertise médicale apparaît superflue, les douleurs dorso-lombaires ayant une origine malade. E n d r o i t : 1. a) 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 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, interjeté en temps utile, auprès du tribunal compétent et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par le droit fédéral (en particulier l'art. 61 let. b LPGA), est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière pour ce qui a trait à la poursuite du versement des prestations (indemnités journalières et frais de traitement) par l'intimée. S'agissant de la conclusion tendant à l'octroi d'une indemnité pour

atteinte à l'intégrité (IPAI) de 40%, elle est irrecevable, dans la mesure où la décision attaquée ne traite pas de cette question qui sort dès lors de l'objet du litige. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). Dans la mesure où la présente cause porte sur le droit à des prestations d'assurances qui sont susceptibles de dépasser le montant de 30'000 fr., elle doit être tranchée par une Cour du tribunal composée de trois juges (art. 94 LPA-VD).

- 6 - 2. a) En tant qu'autorité de recours contre les 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 et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). b) La question litigieuse est celle de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 3 juillet 2012, à mettre un terme au versement de ses prestations d'assurance au 30 novembre 2011 s'agissant des suites de l'événement du 27 avril 2011. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel, non-professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations suppose, notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. 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). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177

- 7 - consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'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 de l'assuré 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). b) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert

privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465, TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 3). 4. Sur le plan médical, le dossier de l'intimé comporte divers rapports, certificats et avis médicaux. Dans leurs rapports médicaux des 25 mai et 11 août 2011, les Drs S._____ et L._____ reconnaissent au recourant une incapacité de travail de 100% en raison des suites de l'événement du 27 avril 2011. L'IRM lombaire du 15 septembre 2011 ne met quant à elle en évidence aucune lésion post-traumatique. Seules des

- 8 - atteintes d'origine dégénérative et des lésions séquellaires d'ostéochondrose à caractère chronique sont objectivées. Dans son avis du 16 novembre 2011 et lors de son appréciation du 27 juin 2012, le Dr V._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, retient un statu quo ante au plus tard à six mois de l'accident du 27 avril 2011. Il se base notamment sur les résultats de l'IRM lombaire du 15 septembre 2011, laquelle n'a pas démontré de lésion osseuse post-traumatique mais uniquement des troubles dégénératifs sans lien avec l'événement du 27 avril 2011. Le médecin d'arrondissement considère ainsi que les lésions qui subsistent ne sont pas consécutives à l'événement de la fin avril 2011 mais ont une étiologie malade. Partant dès la fin octobre 2011, le Dr V._____ retient que l'assuré bénéficie d'une pleine capacité de travail en toutes activités professionnelles. Cet avis médical se voit corroboré par les résultats de l'instruction menée en parallèle par l'OAI qui observe, dans son projet de décision du 20 juillet 2012, que l'atteinte à la santé (dorso- lombalgies dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs) n'entraîne aucune incapacité de travail chez le recourant. A l'avis du médecin d'arrondissement de la CNA, le recourant oppose deux certificats médicaux, établis les 25 avril et 10 septembre 2012 par le Dr S._____. Ce médecin généraliste y atteste que son patient est toujours affecté de dorso-lombalgies générant une incapacité de travail totale de durée indéterminée. Or le Dr S._____ ne se détermine pas sur la relation de causalité avec l'événement du 27 avril 2011. Du reste, il a coché "maladie" et non "accident" sur le certificat d'incapacité de travail qu'il a rédigé le 25 avril 2012. A cela s'ajoute que le Dr V._____, chirurgien orthopédique, voit quant à lui son appréciation étayée par les résultats d'une IRM lombaire qui ne laisse subsister aucun doute quant à l'origine non accidentelle des douleurs dorsales du recourant. Dans ces conditions et en vertu du principe de l'appréciation anticipée des preuves (cf. Kieser, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; ATF 130 II 425 consid. 2.1, 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid.

- 9 - 3c et la référence), la Cour de céans est d'avis qu'il n'existe en l'espèce aucun motif justifiant la mise en œuvre d'une expertise par un médecin indépendant, le dossier étant suffisamment instruit pour lui permettre de statuer. Suivant la jurisprudence constante selon laquelle l'aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant asymptomatique se résorbe en général dans un délai de six à douze mois (TF 8C_476/2011 du 5 décembre 2011, consid. 7.2.4, 8C_685/2010 du 25 janvier 2011, consid. 3.3 et 8C_1009/2009 du 4

mai 2010, consid. 3.1.1) et vu les pièces médicales au dossier, c'est à raison que l'intimée a mis un terme au versement des prestations d'assurances au 30 novembre 2011. 5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. La cause doit être rendue sans frais (art. 61 let. a LPGA). Le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g a contrario LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté, dans la mesure où il est recevable. II. La décision sur opposition rendue le 3 juillet 2012 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le président : Le greffier :

- 10 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Cabinet de Conseil [...] (pour A. _____), - Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral, RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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