

# VD\_GERICHTE ZA13.051834 vom 1. Mai 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-05-01, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA13.051834](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.051834)

FR: VD\_GERICHTE ZA13.051834 du 1 mai 2015

IT: VD\_GERICHTE ZA13.051834 del 1 maggio 2015

## Erwägungen

### E. 19

novembre 2008) B. Par courrier du 6 décembre 2012, l'assuré a demandé à la CNA la réouverture de son dossier. Celle-ci a prié l'intéressé de faire le nécessaire auprès de son employeur actuel afin qu'il déclare la rechute. C. Le 9 avril 2013, l'employeur de l'assuré a déposé une déclaration de sinistre pour un accident survenu le 1er avril 2013 sur le lieu de travail. L'intéressé s'était cogné la tête contre un tuyau métallique en marchant. D'un certificat médical du 2 avril 2013 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, il ressort notamment que l'examen neurologique était normal et qu'il y avait rien à signaler sur le scanner cérébral. L'assuré présentait des douleurs locales, traitées par doliprane. Interrogé par la CNA, le Dr G. \_\_\_\_\_, médecin-chef de la Clinique F. \_\_\_\_\_ qui avait pris en charge l'assuré le jour de l'accident, a rempli un questionnaire le 23 avril 2013. Il a posé le diagnostic de contusion frontale. Il a indiqué que l'assuré ne présentait pas de troubles

- 3 - sensitivomoteurs, de la vision ou neurologiques. Il ne présentait pas d'incapacité de travail. Par courrier du 11 avril 2013, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle prenait en charge les suites du cas. Dans un certificat médical du 2 mai 2013, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une semaine après le choc, l'assuré avait présenté des troubles visuels de l'œil gauche. Il était en arrêt de travail jusqu'au 30 juin 2013. Dans un rapport intermédiaire du 16 mai 2013, elle a notamment précisé qu'une IRM et un scanner de contrôle chez un neurochirurgien devait être fait. Elle ne pouvait se prononcer sur la reprise du travail mais attendait une évolution favorable. L'assuré était toujours traité par doliprane. Le Dr L. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, a rempli également un questionnaire de la CNA le 5 juin 2013. Il a posé le diagnostic de craniosténose négligée dans l'enfance. Il notait des céphalées résiduelles et une asthénie. Le pronostic était favorable. Un contrôle neurochirurgical devait être fait un an plus tard. Il a pour le surplus renvoyé à un courrier du même jour qu'il adressait à la Dresse B. \_\_\_\_\_, dont la teneur est la suivante : « J'ai revu, ce jour, Monsieur R. \_\_\_\_\_ [...], pour un avis neurochirurgical. Je vous rappelle que ce patient présentait une scaphocéphalie de type leptocéphalie (crâne long étroit et surélevé), dépistée à son arrivée en France vers l'âge de 4 ans et qui ensuite a été négligée. Par la suite il a présenté des céphalées, des malaises et sur le scanner des signes de compression localisée interpariétale. Je l'ai donc opéré et je revois ses images ce jour de scanner avec un très bon écartement des pariétaux qui sont plus larges que le frontal maintenant. Une réapparition des sillons du vertex donc une très bonne adaptation neuro-crânienne. Tout allait très bien car le patient a noté une nette diminution des malaises qu'il faisait avant et un meilleur état général. Malheureusement il a repris son travail le 1er mars et le 1er avril, il a été victime dans le cadre de son activité professionnelle, d'un choc violent qui l'a fait tomber en arrière, avec une perte de connaissance nécessitant une

hospitalisation. Il a bénéficié d'un scanner qui n'a pas montré de retentissement sur les montages que j'avais réalisés et il n'y avait pas d'anomalies du parenchyme cérébral. Le problème est qu'il a des soucis avec son œil gauche avec présence d'un voile visuel lorsqu'il bouge la

- 4 - tête. Je rappelle qu'il a déjà un problème à l'œil droit avec une acuité visuelle à 1/10ème depuis sa petite enfance. Il est donc souhaitable que le Docteur D. \_\_\_\_\_ bilante soigneusement ce problème et vérifie s'il n'y a pas, soit, une anomalie de la tension artérielle périphérique ou intra-oculaire ou autre, qui pourrait expliquer ces variations. Toujours est-il qu'il n'y a pas d'anomalies du pôle occipital ou des voies visuelles intra-crâniennes donc la surveillance devra être faite au point de vue ophtalmologique. [...] » Un rapport de scanner cérébral du 3 juin 2013 à l'attention du Dr L. \_\_\_\_\_ conclut ce qui suit : « Pas de lésion post-traumatique intra-crânienne ni osseuse nettement visible. Examen normal par ailleurs pour l'âge et les antécédents chirurgicaux. A signaler par contre une sinusite maxillaire gauche et une ethmoïdite assez marquée. » D. a) L'assuré a signalé, le 3 juin 2013, une dégradation de son état de santé, en lien avec l'accident du 4 mars 2008. Il a joint à sa demande divers documents médicaux, dont un du service des urgences émis le 11 septembre 2008 et indiquant, au 12 mars 2008, la persistance de cervicalgies, l'absence de trouble évident sur une radiographie de la colonne cervicale, la prise en charge pour soins de contrôle orthopédique et la prise d'antalgiques. L'assuré a également produit un rapport de radiographies du rachis cervical, du rachis lombaire et du bassin, du 28 mai 2013, indiquant la diminution de calibre du trou de conjugaison C5- C6 gauche, la présence de discopathies L4-L5 et L5-S1 débutantes, ainsi qu'un interligne sacro-iliaque flou et berges condensées, à confronter aux données cliniques. b) L'employeur de l'assuré a déposé le 12 juin 2013 une déclaration formelle de rechute auprès de la CNA. L'assuré ne travaillait plus depuis le 5 mars 2013. c) Il ressort d'une IRM du rachis cervical effectuée le 4 juillet 2013 que l'assuré présentait un canal cervical normal. Le rachis était également normal pour l'âge avec des phénomènes dystrophiques étagés débutant de C3-C4 à C5-C6 mais sans aucune image de hernie, une uncarthrose gauche C5-C6 débutante étant signalée.

- 5 - d) Le Dr V. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste au Centre [...] à Besançon, a adressé au médecin traitant de l'assuré un rapport médical le 5 février 2013, dont la teneur est la suivante : « Je vous remercie de m'avoir adressé R. \_\_\_\_\_ qui se plaint de douleurs du genou gauche persistantes dans les suites de deux traumatismes par accident de la voie publique en 1987 et 2008. Il se plaint à l'effort mais il travaillait jusqu'à son intervention à visée neurologique récente. Il prend parfois quelques antalgiques. Il porte une contention. Clinique : A l'examen, il n'y a pas d'épanchement, les douleurs sont décrites de façon diffuse en avant et paraissent réveillées à la mobilisation de la rotule. L'amplitude articulaire est pratiquement complète. Le genou est stable du point de vue ligamentaire. Les interlignes méniscaux sont indolores. La mobilisation de la rotule réveille la douleur. Examens complémentaires : Les clichés ne montrent pas de déminéralisation et l'IRM récente ne retrouve pas d'anomalie de signal. Diagnostic : séquelles douloureuses d'un traumatisme direct chez un patient de 35 ans. Indication : pas d'indication chirurgicale. Je le rassure. Je conseille l'application de froid et l'encourage à reprendre les activités de bicyclette ou natation. » Il ressort d'un procès-verbal d'entretien téléphonique du 17 septembre 2013 de l'assuré à la CNA que ce dernier devait entrer à l'hôpital [...] le 22 octobre 2013 pour l'opération de son genou gauche. E. Sur demande de la CNA concernant l'accident du 1er avril 2013, la Dresse B. \_\_\_\_\_ a transmis plusieurs documents

médicaux, dont un rapport du Dr D. \_\_\_\_\_ du 16 mai 2013 indiquant concernant l'œil droit une mesure de 1/10e et l'œil gauche 9.10/10e après correction. L'assuré se plaignait de difficultés de concentration. Une IRM était souhaitable. F. Le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, a, dans un rapport du 18 septembre 2013, répondu par la négative aux deux questions suivantes de la Caisse : « Les troubles cervicaux et lombaires pour lesquels nous avons reçu une déclaration de rechute dès le 28 mai 2013 sont-ils toujours en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 4.3.2008 ? » ; « Les troubles du genou gauche pour lesquels

- 6 - l'assuré va subir une intervention peuvent-ils être en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 4.3.2008 ? ». Par courrier du 19 septembre 2013, la CNA a informé l'assuré du fait qu'elle n'allouerait pas de prestations d'assurance, en l'absence de lien de causalité avéré ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l'accident du 4 mars 2008 et les lésions cervicales, lombaires et du genou gauche annoncées. Par courrier du 24 septembre 2013, l'assuré a exprimé son désaccord avec la position de la CNA, reprochant notamment à cette dernière d'avoir pris une décision sans qu'une expertise médicale ou l'examen par un médecin du travail n'ait eu lieu. Il a joint à son courrier son dossier médical, lequel contenait notamment le rapport de radiographies du rachis cervico-dorso-lombaire et du bassin réalisées le 4 mars 2008. On extrait de ce rapport ce qui suit : « colonne cervicale : Corps vertébraux de hauteur et de structure normales. Pas d'anomalie évidente des arcs postérieurs. Espaces intersomatiques de hauteur normale. Canal cervical de largeur satisfaisante. Inversion de la courbure centrée sur C4. Pas d'anomalie évidente de la charnière. colonne dorsale : Corps vertébraux de hauteur et de structure normales. Pas d'anomalie des arcs postérieurs. Statique et minéralisation correctes. colonne lombaire : Corps vertébraux de hauteur et de structure normales. Pas d'anomalie des arcs postérieurs. Discopathies en particulier L4-L5 et L5-S1. Canal lombaire de largeur satisfaisante. Inflexion latérale gauche. bassin : Aspect normal du bassin et des hanches. » Dans un rapport d'IRM cérébrale du 19 août 2008, était notés notamment l'absence d'anomalie significative intra-orbitaire ; d'anomalie le long de l'ensemble des voies visuelles ou d'anomalie de signal et de syndrome de masse à l'étage sus-sensoriel. Dans la fosse postérieure, la

- 7 - seule anomalie visible était la position basse des amygdales cérébelleuses, dans le trou occipital. Il n'y avait pas de dilatation du système ventriculaire. G. La CNA a mis en œuvre une expertise médicale auprès du Dr K. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel a rendu un rapport le 7 octobre 2013, après avoir examiné l'assuré. On extrait dudit rapport ce qui suit : « RESUME DU CAS ET APPRECIATION M. R. \_\_\_\_\_ est donc un homme âgé de 36 ans, travaillant comme manoeuvre intérimaire depuis 2007. Le 04.03.2008, M. R. \_\_\_\_\_ a été victime d'un premier accident de voiture lors duquel il s'est vu couper sa route par un autre véhicule avec choc frontal. L'accident précité a, aux dires du patient, entraîné une perte de connaissance, un manque de sensibilité transitoire des membres inférieurs et a été suivi de l'apparition de cervicalgies, de céphalalgies, de douleurs lombaires et de douleurs au niveau du genou gauche. Les examens pratiqués n'ont pas démontré de lésions post-traumatiques majeures et le patient a été mis au bénéfice d'un traitement d'AINS, d'antalgiques, de pommades et de physiothérapie avec une évolution globalement favorable ayant permis une reprise de l'activité professionnelle en plein. Néanmoins, le patient déclare que toute symptomatologie n'avait pas disparu et que les troubles ont réapparu quoique de façon moindre un an après l'accident. M. R. \_\_\_\_\_ a

été victime d'un 2ème accident cette fois-ci du travail le 04.01.2013 lors duquel il a heurté violemment le front contre un tuyau et a chuté en arrière avec choc du crâne et du dos contre le sol et perte de connaissance durant environ une minute. Dès lors, M. R. \_\_\_\_\_ va se plaindre d'une aggravation importante des plaintes préalables avec augmentation des cervicalgies, des céphalées, des lombalgies, l'apparition de troubles de la vue de l'oeil gauche (seul oeil valide), de troubles de la concentration, d'une fatigue, de troubles du sommeil, d'une nervosité, de ruminations et d'un manque de force des membres inférieurs et même supérieurs. En raison de la persistance des troubles précités, il n'a pas repris son activité professionnelle. Compte tenu des troubles susmentionnés, 2 CT-Scan cérébraux ont été pratiqués qui se sont avérés sans anomalies post-traumatiques. Il a également été effectué un bilan radiologique cervical et lombaire ainsi qu'une IRM cervicale qui n'ont pas démontré de lésions post-traumatiques mais révélé une uncarthrose C5-C6 gauche ainsi que des discopathies L4-L5 et L5-S1. En résumé, l'examen clinique que j'ai pratiqué montre une limitation modérée avec provocation de douleurs locales de la mobilité du rachis cervico-dorso- lombaire, toutefois sans contracture des muscles paravertébraux. Les différentes épreuves de marche sont correctement exécutées, notamment sans instabilité ni faiblesse significatives. A l'examen du crâne, on retrouve une anomalie congénitale de développement avec une leptocéphalie. L'examen des paires crâniennes est sans anomalie hormis une amblyopie de l'oeil droit et une apparente réduction de l'acuité visuelle de l'œil gauche alors que les valeurs

- 8 - obtenues par l'ophtalmologue (Dr [...]) donnaient une acuité visuelle de 9.10/10. Pour le reste, l'examen des paires crâniennes est sans particularité. A l'examen du tronc et des membres, on note des sortes d'oscillations atypiques aux épreuves des bras tendus et des jambes fléchies et des phénomènes de lâchages étagés au testing de la force musculaire alors que les mouvements rapides sont bien effectués, que la trophicité et les réflexes tant tendineux que cutanés sont intacts et qu'il n'y a pas de troubles de la coordination ainsi que de la sensibilité superficielle et profonde. En bref, un examen neurologique à considérer comme sans anomalies majeures, si ce n'est une discrète limitation difficilement appréciable de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire et une amblyopie de l'oeil droit, sans relation avec les événements accidentels. J'ai revu les documents radiologiques à disposition (cf. ci-dessus) qui ne révèlent aucune lésion post-traumatique et mettent en évidence des altérations dégénératives cervico-lombaires très discrètes vraisemblablement asymptomatiques. Au terme du présent bilan, j'avoue n'avoir pas d'explication claire à l'importance persistante des troubles présentés par M. R. \_\_\_\_\_ dans les suites tant de l'événement accidentel du 04.03.2008 que celles de l'accident du 01.04.2013. A mon sens, il existe vraisemblablement des facteurs de majoration des symptômes. Sur le plan thérapeutique, je ne vois d'autres traitements à envisager que des AINS et des antalgiques à la demande. En ce qui concerne la capacité de travail, le présent bilan n'apporte pas la preuve d'une affection tant post-traumatique que malade justifiant la reconnaissance d'une incapacité de travail même partielle dans l'activité exercée préalablement. Je conclus donc à une pleine capacité de travail, ceci au terme d'une période de 3 mois au maximum faisant suite à l'événement accidentel du 01.04.2013. En ce qui concerne la relation de causalité naturelle, je pense que tant pour ce qui est de l'accident du 04.03.2008 et celui du 01.04.2013, le statu quo ante/très éventuellement sine a été atteint au terme d'une période de 3 à 6 mois au maximum. » Réinterrogé par la CNA, le Dr C. \_\_\_\_\_ a, le 15 octobre 2013, renvoyé aux conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_. H. La CNA a rendu une décision formelle de refus de prise en charge le 18 octobre 2013. Elle a retenu qu'au vu de la

situation en fait et en droit, le cas devait être clos le 30 septembre 2013 en ce qui concernait les suites de l'accident du 1er avril 2013. Tout droit à d'autres prestations d'assurance devait être réfuté et il était mis fin au versement des prestations d'assurance versées jusqu'alors. A compter de cette date, l'incapacité de travail et le traitement médical étaient à la charge de l'assurance-maladie. Les différents troubles qui subsistaient ne pouvaient

- 9 - pas être considérés comme une rechute de l'accident du 4 mars 2008, au vu de l'absence de lien de causalité entre l'événement et les lésions annoncées. L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 23 octobre 2013, expliquant pour l'essentiel que les troubles lombaires, cervicaux, de la vue et les maux de tête qu'il subissait étaient la conséquence des accidents des 4 mars 2008 et 4 janvier 2013. Il a rappelé devoir subir une opération du genou gauche, agendée au 30 octobre 2013. Il a soulevé n'avoir été examiné par aucun médecin apte à prendre une telle décision. Il a finalement précisé être en arrêt de travail jusqu'au 30 octobre 2013. I. La CNA a rendu une décision sur opposition le 5 novembre 2013. Elle a retenu qu'à la lecture du dossier, force était de constater que les examens radiologiques pratiqués (radiographies standards de la colonne cervicale du 4 mars 2008, IRM cérébrale du 19 août 2008, CT-scan cérébral du 3 avril 2013, radiographies standards de la colonne cervicale, de la colonne lombosacrée et du bassin du 28 mai 2013, IRM cervicale du 4 juillet 2013 et CT-scan cérébral du 3 juin 2013) n'avaient pas montré de lésion post-traumatique mais des altérations dégénératives au niveau de la colonne cervicale (uncarthrose) et lombaire (discopathie). La CNA s'est ensuite ralliée aux conclusions du Dr K.\_\_\_\_\_, lesquelles avaient été entérinées par le Dr C.\_\_\_\_\_. Dès lors qu'il n'existait, et que l'assuré n'apportait, aucun élément permettant de douter du fondement des conclusions au dossier, force était de conclure que c'était à bon droit que la CNA avait mis un terme au versement des prestations d'assurance au 30 septembre 2013. Pour le surplus, en raison du fait que les altérations dégénératives ne permettaient pas d'expliquer (entièrement) la symptomatologie relatée par l'assuré, force était de souligner que la causalité adéquate devait être niée. Concernant l'opération à venir du genou gauche, l'assuré était prié de transmettre le compte-rendu opératoire à la CNA, laquelle examinerait sa responsabilité et, cas échéant, rendrait une nouvelle décision susceptible d'opposition concernant ledit genou.

- 10 - L'assuré a réitéré son opposition par courriers à la CNA des 13 et 22 novembre 2013. Il a ajouté n'avoir été vu par aucun spécialiste du dos ou des genoux et a reproché au Dr K.\_\_\_\_\_ d'avoir émis des conclusions concernant toutes ses atteintes, alors qu'il n'était que neurologue. Il a informé la CNA être en arrêt de travail jusqu'au 22 décembre 2013. Il a encore précisé qu'il n'avait jamais eu de problèmes de dos ou de cervicales avant son accident du 4 mars 2008. J. Par courrier du 29 novembre 2013, la CNA a informé l'assuré de ce qu'elle transmettait sa lettre du 13 novembre 2013 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal en tant qu'objet de sa compétence. Sur demande de la Cour de céans, R.\_\_\_\_\_ a, par écriture du 6 décembre 2013, formellement déposé recours. Il a expliqué qu'il gardait des séquelles des deux accidents subis et qu'il suivait encore des traitements médicaux. Il avait été opéré du genou gauche le 30 octobre 2013. Le premier accident avait occasionné des problèmes au dos, lombaires et cervicaux, ainsi qu'au genou gauche. Le deuxième avait engendré des troubles de la vue de l'œil gauche, de la mémoire et de la concentration. Il manquait de sommeil et de motivation et avait des vertiges. Il annonçait des rendez-vous de contrôle rhumatologique, neurologique et ophtalmologique. Il a pour le surplus rappelé les arguments avancés durant la procédure administrative. Par écriture du 6

février 2014, le recourant a produit son dossier médical, dans lequel figure notamment un rapport du 5 décembre 2013 du Dr L.\_\_\_\_\_, qu'il avait revu le 2 du même mois. Ce médecin a réitéré pour l'essentiel ses conclusions précédentes. Ne notant aucune anomalie, mais au vu des céphalées restantes, des malaises et de la gêne visuelle, il estimait indispensable que son patient soit revu par un neurologue. Le recourant a, le 24 mars 2014, renvoyé son dossier médical ainsi qu'un rapport d'IRM lombaire du 14 mars 2014, constatant des

- 11 - discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, avec hyposignal T2 diffus des disques, un affaissement modéré de ceux-ci et un petit débord discal circonférentiel. En L4-L5, il s'y associait une petite protrusion discale postérieure médiane, responsable d'un discret effet de masse sur le sac dural. En L5-S1, il existait une petite hernie discale postérieure médiane, sans retentissement significatif sur le sac dural et les racines S1 émergentes. Il n'y avait pas d'anomalie pour le surplus. Le recourant a également produit une ordonnance du 17 mars 2014 du Dr [...], neurologue, lui prescrivant du miansérine winthrop. Par réponse du 30 avril 2014, l'intimée a conclu à la confirmation de la décision attaquée, constatant que le recourant ne faisait valoir aucun élément nouveau. L'ensemble des documents produits ne mettait en évidence que des lésions dégénératives ou maladiques sans lien avec les accidents assurés. Tout lien de causalité adéquate entre les accidents et les troubles sans déficit organique présentés par le recourant devait également être nié, les conditions jurisprudentielles pour admettre une responsabilité de l'intimée faisant défaut. Le recourant a confirmé sa position le 1er juillet 2014. Il a produit le 21 juillet 2014 copie des demandes d'examen qu'il avait envoyées ce mois à ses divers médecins traitants. Par écriture du 29 juillet 2014, l'intimée a confirmé ses écritures précédentes et conclu au rejet du recours, le recourant ne faisant valoir selon elle aucun élément nouveau. Par courrier du 11 août 2014, le recourant a produit un nouveau rapport du Dr L.\_\_\_\_\_, adressé au Dr [...], dont on extrait ce qui suit : « Personnellement je ne vois pas pour l'instant nécessité de refaire une imagerie IRM pour des céphalées et des vertiges alors que les derniers examens étaient satisfaisants. Je souhaite donc que tu le voies en tant que spécialiste de la douleur et que tu essayes de faire la part des signes post-traumatiques habituels dans les traumatismes crâniens survenus dans le cadre d'un accident du travail. »

- 12 - Par courrier du 30 octobre 2014, le recourant a informé la Cour de céans qu'il était toujours suivi par ses divers médecins traitants, sa situation étant toujours la même. Le 19 décembre 2014, le recourant a produit un rapport d'expertise du 24 novembre 2014 concernant son genou gauche. Il a par la suite fait part de son suivi médical et réitéré ses arguments ainsi que ses conclusions par écritures des 20 janvier, 2 février et 6 mars 2015, transmises à l'intimée pour son information. 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 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. 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 (art. 58 LPGA) et satisfaisant aux autres conditions de forme, est recevable. 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 statuer (art. 93 let. a et 94 al. 4 LPA-VD). 2. Le litige porte sur la question de savoir s'il revient à l'intimée de verser ses prestations au-delà du 30 septembre 2013, plus particulièrement si les troubles dont il se plaint sont, au degré de la

- 13 - vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec les accidents des 4 mars 2008 et 1er avril 2013. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré 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 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. 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 177 consid. 3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2 ; 8C\_87/2007 du 1er février 2008 consid. 2.2). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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 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 l'assurance sociale. 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 certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée

- 14 - de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 précité consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 précité consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a). 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\_119/2012 du 30 mars 2012 consid. 4 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 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. 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 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 ; FRÉSARD/MOSER- SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Soziale Sicherheit [SBVR], 2e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, n° 74 p. 861 s, n° 79 p. 865). En matière de lésions du rachis cervical par accident de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio- cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau

clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335 consid. 1 et l'arrêt cité). b) Le droit à des prestations découlant d'un événement assuré suppose également, outre un lien de causalité naturelle, un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335 précité consid. 4). Savoir si

- 15 - l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité adéquate est une question de droit qu'il appartient à l'administration et, en cas de recours, au juge de trancher (ATF 115 V 403 consid. 4a). Selon la jurisprudence, la causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience générale 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 précité consid. 3.2, 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a 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 127 V 102 consid. 5b/bb et les références). Il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 60 et 403 consid. 5). En présence de troubles psychiques apparus après un accident, on examine les critères de la causalité adéquate en excluant les aspects psychiques (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 403 consid. 5c/aa), tandis qu'en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale (ATF 117 V 359 consid. 6a), d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale (SVR 1995 UV n° 23 p. 67 consid. 2) ou d'un traumatisme crânio-cérébral (ATF 117 V 369 consid. 4b), on peut renoncer à distinguer les éléments physiques des éléments psychiques (sur l'ensemble de la question, cf. ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et SVR 2007 UV n° 8 p. 27 consid. 2 ss, U 277/04 du 30 septembre 2005, et les références). Nonobstant ce qui précède, il convient d'appliquer la

- 16 - jurisprudence en matière de troubles psychiques (ATF 115 V 133 et 403), en particulier en distinguant entre atteintes d'origine psychique et atteintes organiques, même en cas de traumatisme de type « coup du lapin », de traumatisme analogue ou de traumatisme crânio-cérébral, lorsque les troubles psychiques apparus après l'accident constituent clairement une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique consécutif à un traumatisme de ce type (RAMA 2001 n° U 412 p. 79 consid. 2b [U 96/00 du 12 octobre 2000] ; cf. également ATF 134 V 109 consid. 2.1 et 9.5 ; TF 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.5 ; 8C\_957/2008 du 1er mai 2009 consid. 4.2 ; 8C\_124/2007 du 20 mai 2008 consid. 3.2 ; 8C\_591/2007 du 14 mai 2008 consid. 3.1). c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé

n'est que partiellement imputable à l'accident. 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, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C\_1003/2010 du

## **E. 22**

novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). d) De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis

- 17 - décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (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 bien 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 9C\_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). Enfin, il convient de prendre en considération, pour apprécier la valeur probante d'un rapport établi par un médecin traitant de l'assuré, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui le lient à ce dernier et qui le placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique ; les constatations d'un expert revêtent donc en principe plus de poids (cf. ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références). e) Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue (ATF 121 V 362 consid. 1b et les arrêts cités). 4. a) En l'espèce, au vu des plaintes du recourant et de son dossier médical, la CNA a estimé nécessaire la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès d'un spécialiste en neurologie. C'est ainsi que le Dr K. \_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise, après avoir examiné le recourant, et sur la base de son dossier médical. Cet expert a observé une

- 18 - discrète limitation difficilement appréciable de la mobilité du rachis cervico-dorso-lombaire et une amblyopie de l'œil droit, sans relation avec les événements accidentels. Les documents radiologiques à disposition au dossier ne révélaient aucune lésion post-traumatique et mettaient en évidence des altérations dégénératives cervico-dorso-lombaires très discrètes vraisemblablement asymptomatiques. L'examen neurologique ne présentait par ailleurs pas d'anomalie majeure. L'expert a estimé que l'on

était en présence vraisemblablement de facteurs de majoration des symptômes. Il n'a pas préconisé d'autre traitement que la prise d'anti-inflammatoires et d'antalgiques à la demande. La capacité de travail était entière selon lui au terme d'une période de trois mois au maximum ensuite de l'accident du 1er avril 2013. Concernant la relation de causalité naturelle, il a estimé, pour les deux accidents, le statu quo ante, très éventuellement sine, avait été atteint au terme d'une période de 3 à 6 mois au maximum. Le rapport rendu par le Dr K. \_\_\_\_\_ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante (cf. supra consid. 3c). En effet, l'expert s'est fondé sur le dossier médical du recourant et a relevé avec précision les plaintes alléguées. Il a procédé à des examens cliniques et a soigneusement examiné et analysé les documents médicaux à disposition. La description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires et précises. Les conclusions sont non seulement dûment motivées, mais également convaincantes compte tenu des observations cliniques consignées à l'issue des examens. Le rapport d'expertise prête d'autant moins le flanc à la critique que les conclusions de l'expert sont corroborées par celles des médecins consultés par le recourant. En effet, concernant l'accident survenu le 1er avril 2013, la Dresse B. \_\_\_\_\_ et le Dr G. \_\_\_\_\_ n'ont pas constaté de lésions importantes. Le Dr G. \_\_\_\_\_ n'a retenu qu'une contusion frontale. Il n'y avait rien à signaler sur le scanner cérébral et le

- 19 - recourant ne présentait pas de troubles (cf. supra point C en fait). La Dresse B. \_\_\_\_\_ a certes relevé, dans son certificat médical du 2 mai 2013, que son patient présentait des troubles visuels de l'œil gauche et qu'une IRM et un scanner de contrôle par un neurochirurgien étaient nécessaires. Le recourant a ainsi consulté le Dr L. \_\_\_\_\_, neurochirurgien, lequel avait opéré l'intéressé en raison d'une scaphocéphalie présente depuis l'enfance. Dans son rapport du 5 juin 2013, ce médecin n'a signalé aucune anomalie de son point de vue, et a estimé nécessaire une surveillance ophtalmologique et la consultation du Dr D. \_\_\_\_\_. Ce dernier, dans un rapport du 16 mai 2013 a mesuré l'acuité visuelle à 9.10/10e après correction concernant l'œil gauche (ainsi qu'une amblyopie connue de l'œil droit). Le recourant se plaignant de difficultés de concentration, il a recommandé la mise en œuvre d'une IRM, mais n'a mentionné aucune anomalie, aucune incapacité de travail, ni préconisé aucun traitement. Ainsi, les médecins traitants n'amènent aucun élément susceptible de remettre en cause les conclusions de l'expertise, ni d'indices permettant de penser que d'autres mesures d'instruction, telles que la consultation de spécialistes dans d'autres domaines médicaux, seraient nécessaires. L'on relèvera ici que dans la mesure où il ne peut être tenu compte de la situation médicale postérieure à la décision attaquée, les documents médicaux produits au-delà du 5 novembre 2013 doivent être écartés lorsqu'ils ne se prononcent pas sur la situation médicale existant antérieurement. Il en est ainsi notamment du rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 11 août 2014, lequel ne fait du reste pas état d'une situation médicale différente. Concernant les suites de l'accident du 4 mars 2008, le recourant a signalé une rechute en juin 2013. Les radiographies réalisées le 4 mars 2008 montrent la présence de discopathies L4-L5 et L5-S1 et une inversion de la courbure centrée sur C4. Le rapport du service des urgences du 11 septembre 2008 signale la persistance de cervicalgies et l'absence de trouble évident de la colonne cervicale et préconise des soins de contrôle orthopédiques et la prise d'antalgiques. Quant aux

- 20 - radiographies du rachis cervical, du rachis lombaire et du bassin effectuées le 28 mai 2013, elles indiquent la diminution de calibre du trou de conjugaison C5-C6 gauche, et la

présence de discopathies débutantes L4-L5 et L5-S1. Les résultats de l'IRM du 4 juillet 2013, montrent un canal cervical normal et un rachis cervical normal pour l'âge avec des phénomènes dystrophiques étagés tout débutants de C3-C4 et C5-C6, ainsi qu'une uncarthrose gauche C5-C6 débutante. Ces éléments médicaux vont bien dans le sens des conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_, lequel estime un retour au statu quo ante au maximum 3 à 6 mois après l'accident, les légers troubles objectivés étant d'origine malade. De même que pour les suites de l'accident du 1er avril 2013, rien au dossier ne permet d'avancer que les mesures d'instruction mises en œuvre par l'intimée ne sont pas suffisantes. Au vu de ce qui précède, les atteintes décrites ci-dessus ne peuvent être attribuées à une rechute de l'accident du 4 avril 2008. Ainsi, les conclusions du Dr K. \_\_\_\_\_, entérinées par ailleurs par le Dr C. \_\_\_\_\_, emportent la conviction et les troubles de la colonne que présentent le recourant doivent être considérés comme relevant de la maladie, la causalité naturelle étant rompue au plus tard au 30 septembre 2013. b) Le recourant se plaint également de troubles du genou gauche, touché lors de l'accident du 4 avril 2008. Dans son rapport du 5 février 2013, le Dr V. \_\_\_\_\_, chirurgien orthopédiste, a retenu le diagnostic de séquelles douloureuses d'un traumatisme direct, sans toutefois objectiver d'atteinte. Il conseillait au recourant l'application de froid et la reprise d'activités sportives. Au vu de ce qui précède, en l'absence d'éléments médicaux objectifs démontrant une rechute de l'atteinte en question, l'on ne peut reprocher à l'intimée d'avoir rejeté la demande du recourant sur ce plan également. C'est néanmoins à raison qu'elle a informé l'intéressé de l'examen de sa responsabilité une fois l'opération annoncée effectuée. Il incombera ainsi à l'intimée d'examiner la pertinence d'une éventuelle prise en charge du traitement des atteintes

- 21 - au genou gauche à la lumière des rapports médicaux rendus dans le cadre de l'opération du 30 octobre 2013, ainsi que du rapport d'expertise du 24 novembre 2014. 5. a) L'expert relevant que les atteintes dégénératives constatées ne permettaient pas d'expliquer l'étendue des plaintes du recourant, il convient d'examiner la question de la prise en charge par l'assurance-accidents du traitement de troubles sans preuve de déficit organique fonctionnel. b) Comme rappelé au consid. 3b, il s'agit, en cas de troubles non objectivables du point de vue organique, faisant suite à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio- cérébral, d'appliquer la jurisprudence développée en matière de troubles psychiques apparus consécutivement à un accident. La question de savoir si une relation de causalité naturelle existe entre les troubles non objectivables dont se plaint le recourant (céphalées, difficulté de concentration, troubles du sommeil), et les accidents dont il a été victime peut au fond être laissée ouverte, dans la mesure où la causalité adéquate ne peut en tout les cas être admise. c) En ce qui concerne les troubles d'ordre psychique, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et les troubles développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, 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, en fonction de son déroulement.

- 22 - L'existence d'un lien de causalité adéquate entre un accident insignifiant ou de peu de gravité et des troubles psychiques consécutifs à l'accident doit, en règle générale, être niée d'emblée tandis qu'elle doit être admise en cas d'accident grave. 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 au cours de la guérison et des complications importantes ; - 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, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Dans les autres cas d'accident de gravité moyenne, il importe que plusieurs des critères objectifs développés par la jurisprudence se trouvent réunis ou revêtent une intensité particulière pour que le caractère adéquat

- 23 - du lien de causalité soit admis (cf. ATF 129 V 402 consid. 4.4 ; 115 V 133 consid. 6c/aa et bb, 403 consid. 5c/aa et bb). d) 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

## **E. 23**

novembre 2004), sans qu'aucune base organique allant dans le sens d'altérations structurelles (TFA U 227/2004 du 30 septembre 2005, consid.

- 24 - 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 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. e) En l'espèce, il a été démontré plus haut (cf. consid. 4), que les atteintes en cause n'entrent pas dans la première catégorie. Si l'on devait admettre qu'elles entrent dans la seconde catégorie, il s'agit alors d'examiner le caractère adéquat de la causalité entre les événements accidentels et les dites atteintes. Il est indubitable que ces événements ne peuvent être qualifiés d'accidents graves. En présence d'un accident de gravité moyenne, en procédant à l'examen de la réalisation des critères jurisprudentiels rappelés plus haut (consid. 5b), l'on doit constater avec l'intimée qu'en l'espèce aucun n'est rempli à satisfaction de droit, de sorte que la causalité adéquate doit être niée. C'est ainsi à bon droit que la l'intimée a refusé la prise en charge des troubles non objectivables que présentent le recourant. 6. Il découle des considérants qui précèdent que les atteintes à la santé du recourant, hormis celles de son genou, ne peuvent être mises à

- 25 - la charge de l'assurance-accidents au-delà du 30 septembre 2013. Dès lors, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Il est rappelé qu'il appartient à l'intimée d'examiner sa responsabilité en lien avec l'opération du genou du 30 octobre 2013. Concernant les autres troubles objectivés (discopathie, uncarthrose et troubles de la vue), il revient au recourant de s'adresser à son assurance- maladie. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu, en l'espèce, d'allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

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