

# **VD\_GERICHTE ZA14.006051 vom 24. August 2015**

VD Tribunal cantonal, 2015-08-24, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA14.006051](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.006051)

FR: VD\_GERICHTE ZA14.006051 du 24 août 2015

IT: VD\_GERICHTE ZA14.006051 del 24 agosto 2015

## **Erwägungen**

### **E. 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 sous réserve de dérogations expresses (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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est 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 et contestations par voie d'action 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). c) S'agissant d'une contestation relative aux prestations de l'assurance-accidents d'un montant indéterminé, la valeur litigieuse excède potentiellement 30'000 fr., de sorte que la cause doit être tranchée par la Cour composée de trois magistrats et non par un juge

- 12 - unique (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979; RSV 173.01]; art. 94 al. 1 let. a a contrario et al. 4 LPA-VD). d) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

### **E. 2**

Est litigieux le droit du recourant aux prestations de l'intimée à compter du 31 janvier 2012 (cf. certificat médical de la Dresse H. \_\_\_\_\_ du 31 mai 2012), suite à l'aggravation de la symptomatologie douloureuse dorsale qualifiée par l'intéressé de rechute de l'événement du 5 mars 2010. Il s'agit ainsi de déterminer si cette problématique remplit les conditions mises à la reconnaissance d'une rechute ou de séquelles tardives au sens de l'art. 11 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202), singulièrement si elle se trouve en lien de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 5 mars 2010.

### **E. 3**

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel et non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé,

un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à

- 13 - 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. 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'assureur ou, 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. 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; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; TF 8C\_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C\_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; 129 V 402 consid. 2.2; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a). Ainsi, l'examen du rapport

- 14 - de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335 consid. 4c). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLAA). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent. Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien

de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées; TF 8C\_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C\_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3).

#### **E. 4**

a) Pour l'évaluation de la capacité de travail, l'administration – ou le juge, s'il y a eu un recours – a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du

- 15 - médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 132 V 93 consid. 4 et les références; TF 9C\_219/2013 du 13 septembre 2013 consid. 3.1). En vertu du principe de la libre appréciation des preuves, consacré notamment à l'art. 61 let. c LPGA, le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en relation avec leur contenu; il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C\_573/2010 du 8 août 2011 consid. 4.1). 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 expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a et la référence citée; TF 9C\_851/2012 du 5 mars 2013 consid. 2.2). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra toutefois en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été

- 16 - établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 5.2). Le Tribunal fédéral a 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 même faibles 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 oeuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). Le juge ne s'écarter en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de l'autorité compétente afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

## E. 5

a) En l'espèce, il est constant que le recourant a annoncé en février 2012 une rechute de l'événement du 5 mars 2010 en invoquant essentiellement des troubles rachidiens. Dans le cadre de l'instruction menée par W. \_\_\_\_\_, le cas du recourant a été soumis à l'examen du Dr M. \_\_\_\_\_ qui s'est limité à signaler que l'examen IRM ne montrait aucune lésion traumatique. Par la suite, W. \_\_\_\_\_ a sollicité l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la colonne vertébrale, lequel a conclu à une lésion structurelle de la colonne dorsale et lombaire suite à une chute à ski, actuellement guérie. Il a précisé que les vertèbres fracturées réduites dans la hauteur de la colonne dorsale causaient un changement dans la statique de la colonne vertébrale et que la déformation cyphotique de 10° avec les douleurs constantes justifiait l'admission d'une atteinte à l'intégrité de 10% suite à l'accident. Finalement, l'intimée a mandaté le Dr P. \_\_\_\_\_ pour la réalisation d'une expertise. L'expert a posé les diagnostics de status plus de 3 ans après la contusion dorso-lombaire, de discopathies dorsales moyennes et lombaires étagées, en partie dans le cadre d'une très probable maladie de

- 17 - Scheuermann, de troubles statiques mineurs du rachis dorso-lombaire (attitude scoliotique) et de probable coxarthrose bilatérale débutante. Il a estimé que la relation de causalité naturelle entre, l'événement du 5 mars 2010 et, les troubles rachidiens constatés, semblait très hautement improbable, les troubles en question rentrant en réalité (avec une très haute vraisemblance) dans le cadre de troubles dégénératifs/constitutionnels. b) Le Dr P. \_\_\_\_\_ n'étant pas un spécialiste de la colonne vertébrale et n'ayant pas discuté des éléments avancés par le Dr G. \_\_\_\_\_, une expertise judiciaire a été confiée au Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste de la colonne vertébrale, afin de clarifier la situation médicale du recourant suite à la rechute annoncée. Il ressort du rapport d'expertise du 3 décembre 2014 que lors de son entretien avec le recourant, l'expert R. \_\_\_\_\_ a eu l'impression que l'intéressé gardait des douleurs dorsales chroniques malgré de multiples essais de traitement effectués ces dernières années et qu'il était très frustré par le changement de vie que cela impliquait, surtout dans ses activités sportives. Il l'était encore plus par une non-reconnaissance de ses plaintes, surtout par le fait qu'une première évaluation donnée par le Dr G. \_\_\_\_\_ portait sur une atteinte vertébrale traumatique lui donnant même droit à une atteinte de son intégrité de 10%, alors que cette reconnaissance était mise en cause par l'expertise du Dr P. \_\_\_\_\_. L'expert a retenu à l'issue de son examen clinique et radiologique du 3 décembre 2014 la persistance de dorsalgies chroniques, le patient présentant des signes radiologiques de maladie de Scheuermann frustré et de maladie de DISH débutante dans la moitié distale du rachis dorsal, ainsi que de troubles dégénératifs multiétagés dans le rachis lombaire. Il n'a pas été en mesure de mettre en évidence d'atteinte morphologique post-traumatique en relation avec l'accident du 5 mars 2010. Sur ce point, il a précisé qu'il ne partageait pas l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ quant à une déformation cyphotique post-traumatique de 10° des vertèbres dorsales, laquelle était secondaire aux hernies intra-spongieuses dans le cadre d'une maladie de Scheuermann

frustre. Il a en définitive estimé qu'il était

- 18 - hautement improbable que l'événement du 5 mars 2010 ait pu provoquer des lésions osseuses, voire une modification de la statique de la colonne vertébrale. Par contre, il a indiqué qu'il était probable que le recourant présentait déjà avant l'événement du 5 mars 2010 des nodules de Schmorl (hernie intra-spongieuse) au niveau des corps vertébraux D6, D7, D8 et D11. Il a en outre retenu avec une haute vraisemblance que l'événement précité n'avait plus d'influence sur les troubles rachidiens du recourant en février 2012, précisant que l'influence de l'événement était probablement nulle au-delà de douze mois à partir de la date de l'accident. Il a enfin répondu par la négative à l'existence d'une atteinte durable de l'intégrité physique de l'intéressé. c) Il sied de constater que le rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ repose sur l'étude du dossier médical complet, un examen neuro-orthopédique du 3 décembre 2014 durant lequel l'intéressé a pu faire état de ses plaintes, des investigations radiologiques complémentaires requises par l'expert et effectuées le 3 décembre 2014, deux CD du Z. \_\_\_\_\_ relatives à des radiographies effectuées les 28 mars 2008 et 8 avril 2010, ainsi qu'une IRM lombaire pratiquée le 8 février 2012. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a exposé par le détail tant les éléments pertinents de l'anamnèse que ses constats cliniques, ainsi que les motifs justifiant ses conclusions. Les explications de ce spécialiste, confirmant d'ailleurs les conclusions exprimées par l'expert P. \_\_\_\_\_ mandaté par W. \_\_\_\_\_, sont par ailleurs tout à fait exemptes de contradictions, tout en reposant sur les éléments objectifs mis en évidence notamment par les examens complémentaires auxquels s'est soumis le recourant. Le Dr R. \_\_\_\_\_ a également exposé pour quels motifs il s'écartait des conclusions du Dr G. \_\_\_\_\_, lequel n'avait au demeurant procédé à aucun examen clinique. Contrairement à ce que soutient le recourant, il s'ensuit que l'expertise réalisée par le Dr R. \_\_\_\_\_ correspond en tous points aux critères dégagés par le Tribunal fédéral (cf. ATF 134 V 231 et 125 V 251) et doit donc se voir reconnaître une pleine valeur probante. d) A cet égard, les rapports adressés par le recourant postérieurement au rapport d'expertise du Dr R. \_\_\_\_\_ sont

- 19 - particulièrement succincts et ne sont pas de nature à faire douter des conclusions de l'expert, lequel a précisément été mandaté pour définir la relation de causalité entre l'événement du 5 mars 2010 et la persistance de dorsalgies. Ainsi, le rapport du 31 mars 2015 faisant suite aux radiographies fonctionnelles effectuées le 30 mars 2015, soit plus de cinq ans après l'accident et trois ans après la rechute annoncée, ne décrit nullement des séquelles traumatiques. On peut dès lors s'étonner que le physiothérapeute T. \_\_\_\_\_ (dont l'assuré est patient depuis de nombreuses années) puisse dans son rapport du 13 avril 2015 conclure à la présence d'articulations costovertébrales gauche de D4 et D5 subluxées, alors qu'il n'est pas un spécialiste en orthopédie. Le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_, médecin généraliste, ne convainc pas davantage. Ce praticien se limite ainsi à rappeler que les examens radiologiques montrent essentiellement des troubles statiques ainsi que des pincements discaux dégénératifs D7-D8 et D8-D9, que son patient ressent des douleurs et qu'il continue des séances de physiothérapie. Il se réfère également au rapport du 31 mars 2015 sans toutefois se prononcer sur le lien de causalité naturelle.

## **E. 6**

Partant, à l'instar de l'intimée, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'aggravation évoquée par le recourant en février 2012 dans le cadre de sa déclaration LAA de ses troubles rachidiens – soit des dorsalgies chroniques, des signes radiologiques de la maladie de Scheuermann frustre et de la maladie de DISH débutante

dans la moitié distale du rachis dorsal, ainsi que des troubles dégénératifs multiétagés dans le rachis lombaire – ne peut pas être rattachée à l'événement du 5 mars 2010, mais est d'origine exclusivement malade, respectivement dégénérative. Au regard de la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. consid. 3b supra), on ne peut dès lors faire grief à l'intimée d'avoir refusé d'allouer à nouveau des prestations dès le mois de janvier 2012, l'événement du 5 mars 2010 ayant cessé de déployer ses effets à la période précitée, nonobstant les douleurs alléguées par le recourant.

- 20 -

#### **E. 7**

a) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par O. \_\_\_\_\_ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA- VD; cf. art. 61 let. g LPGA).

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