

VD_GERICHTE ZA14.043030 vom 24. Mai 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-05-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.043030

FR: VD_GERICHTE ZA14.043030 du 24 mai 2016

IT: VD_GERICHTE ZA14.043030 del 24 maggio 2016

Erwägungen

E. 7

Quelle est votre appréciation sur la causalité naturelle entre les troubles actuels et l'accident de 1988 ? Probable

E. 8

En tant qu'assureur LAA, D. _____ doit-elle entreprendre d'autres mesures d'investigation en vue d'éclaircir le cas et si oui, lesquelles ? Non

E. 9

Avez-vous d'autres remarques ? - » Dans ses déterminations, l'intimée estime que le Dr H. _____ fait état de constatations postérieures à la décision sur opposition et que pour ce motif déjà, ce rapport médical n'est pas susceptible de modifier sa position. Elle considère également que le Dr H. _____ ne met en évidence aucune nouveauté dans l'évolution de la situation du recourant et que la péjoration de l'état de santé dont fait état ce médecin la laisse perplexe, dans la mesure où aucune facture de médecin, de physiothérapeute ou autre thérapeute n'est produite à son appui. Selon l'assurance-accidents, la péjoration de l'état de santé est en outre contredite par le rapport du 7 mai 2014 du Dr W. _____, qui rapporte une évolution satisfaisante pour autant que le patient bénéficie d'une série de physiothérapie par an et d'Irfen en réserve. L'intimée indique également que selon le rapport du 26 janvier 2015 du Dr M. _____, la thérapie - 12 - envisagée par le Dr H. _____ est un traitement d'entretien, qui n'est pas à la charge de l'assurance-accidents, n'étant au demeurant pas susceptible d'améliorer l'état de santé de l'assuré. Se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil, elle est d'avis que le recourant souffre actuellement de douleurs perdurant, que l'on ne peut qualifier de rechute. Elle mentionne que les rapports des deux médecins précités la confortent dans sa position selon laquelle le recourant n'a plus droit aux prestations de l'assureur LAA, dès lors qu'il n'y a pas lieu d'attendre des traitements envisagés une amélioration notable de la situation et qu'aucune rechute ne peut être retenue en l'espèce. Elle ajoute qu'elle pourrait intervenir ultérieurement si la décompensation évoquée par le Dr M. _____ devait survenir, mais qu'un tel état de fait n'est pas établi et qu'il ne constitue pas l'objet de la procédure. Par courrier du 14 août 2015, le recourant a transmis à la juge instructrice un rapport médical du 16 décembre 2014 de la Dresse X. _____, spécialiste en radiologie, ainsi qu'une copie de l'IRM cervicale effectuée, explicitant selon lui la problématique liée à la compression de la 4ème vertèbre dont il souffre. S'agissant de l'IRM, ce médecin mentionnait les conclusions suivantes : « Spondylodèse C5-C6-C7. Sténose canalaire C4-C5 sans signe de myélopathie. Sténose foraminale C4-C5 bilatérale prédominant à droite avec possible conflit radiculaire C5 bilatéral. Discopathies C3-C4 et C4-C5 prédominant en C4-C5 ». La Dresse X. _____ se prononçait également comme suit sur

les radiographies de la colonne cervicale : « Attitude scoliothique sinistro-convexe et rectitude du segment cervical. Fusion des corps vertébraux de C5-C6-C7 consécutive à la spondylodèse. Rétroliothésis dégénératif de C4 sur C5. Discarthrose C3- C4 et C4-C5 prédominant en C4-C5. Arthrose inter-facettaire postérieure bilatérale C3-C4 et C4-C5 et uncarthrose C4-C5 bilatérale prononcée prédominant à droite. Discopathies C3-C4 et C4-C5 prédominant en C4-C5. Probable atrophie osseuse diffuse. Absence de lésion focale sur le squelette examiné ». Une photographie d'une radiographie figurait en annexe au rapport, précisant l'endroit de la compression de la quatrième vertèbre sur la moelle.

- 13 - L'intimée s'est déterminée sur ces pièces en date du 21 août 2015, confirmant ses conclusions. En premier lieu, elle considère que le recourant n'explique pas en quoi dites pièces seraient utiles à sa thèse et que celles-ci relatent des faits constatés en décembre 2014, soit postérieurs à la décision sur opposition, de telle sorte que pour ce motif déjà, elles ne sont pas susceptibles de modifier sa position. Elle ajoute que ces pièces ont été produites tardivement, c'est-à-dire après le délai imparti par la juge instructrice, si bien qu'elles ne doivent pas être prise en compte. Dans le cas contraire, elle requiert la production d'un rapport médical lisible, les documents transmis étant de qualité médiocre, ainsi que de l'ensemble des radiographies. Ces pièces ont été produites le 28 septembre 2015 par le recourant. L'intimée s'est à nouveau déterminée en date du 5 octobre 2015, renvoyant pour l'essentiel aux arguments développés dans ses précédentes écritures. Elle a également transmis à la juge instructrice un avis du Dr M. _____ daté du 5 octobre 2015, dont il ressort ce qui suit : « 1. L'avis médical et les radiographies de la Dresse X. _____ sont-ils susceptibles de modifier votre appréciation selon laquelle l'état thérapeutique final est atteint ? La Dresse X. _____ est une radiologue FMH. En conséquence, son RM est un rapport descriptif des atteintes. Cela ne prouve aucun lien de causalité naturelle avec l'accident. On constate simplement des troubles dégénératifs diffus de la colonne cervicale et en particulier au-dessus de l'arthrodèse. Cependant, à l'âge du patient, > 61 ans, de tels troubles sont fréquents. » E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations

- 14 - 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 recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD ; RSV 173.36), qui s'applique 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 let. a LPA-VD et art. 83b LOJV [loi cantonale vaudoise d'organisation judiciaire du 12 décembre 1979 ; RSV 173.01]). b) En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. Le présent litige porte en premier lieu sur la question de savoir si D. _____ était fondée à clore le cas de l'assuré, et donc à cesser de prendre en charge le traitement, à partir du 17 mars 2014. Dans ce cadre, il conviendra de déterminer si les conditions de la prise en charge

du traitement sont réalisées, notamment sous l'angle de l'amélioration de l'état de santé. Si tel n'est plus le cas, il s'agira de déterminer si le recourant peut prétendre à l'octroi d'une rente de l'assurance-accidents ainsi que d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité. 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,

- 15 - 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'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents : art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c). c) La prise en charge du traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident est garantie aussi longtemps que celui-ci est de nature à améliorer sensiblement l'état de santé. Si tel n'est plus le cas et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme, l'assureur-accident examine le droit de l'assuré à une rente ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 19 al. 1 LAA ; cf. ATF 134 V 109 consid. 4.1 et réf. cit ; 133 V 57 consid. 6.6.2). Le point de savoir si l'on peut attendre une sensible amélioration de l'état de santé de l'assuré, au sens de l'art. 19 al. 1 LAA, dépend essentiellement de l'amélioration ou du maintien de la capacité de travail que l'on peut en attendre, dans la mesure où cette capacité est limitée en raison des séquelles de l'accident (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit. ; TF 8C_397/2010 du 3 août 2010 consid. 5 ; 8C_90/2010 du 23 juillet 2010 consid. 5.2). L'art. 19 al. 1 LAA délimite ainsi temporellement le droit au

- 16 - traitement médical et le droit à la rente d'invalidité, le moment déterminant étant celui auquel l'état de santé peut être considéré comme relativement stabilisé (TFA U 391/00 du 9 mai 2001, consid. 2a). Par amélioration sensible de l'état de santé, il faut donc entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 et réf. cit.). L'utilisation du terme «sensible» par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134 V 109 consid. 4.3). En particulier, il n'y a pas d'amélioration sensible si une mesure thérapeutique ne peut que soulager pour un temps limité les plaintes liées à une atteinte à la santé qui est stabilisée (RAMA 2005 n° U 557 p. 388, TFA U 244/2004 arrêt du 20 mai 2005, consid. 3.1). d) Si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA). Aux termes de l'art. 8 al. 1 LPGA, auquel renvoie l'art. 18 al. 1 LAA, est réputé invalide celui qui subit une incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de

longue durée. L'incapacité de gain est définie à l'art. 7 LPGA en ces termes : « Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles ». Elle a donc pour origine une incapacité de travail (dans la profession habituelle) qui a des répercussions sur les possibilités de gain de l'assuré. Elle se détermine toujours en fonction des conséquences économiques concrètes de l'atteinte à la santé sur le revenu (Frésard/Moser-Szeless in : Meyer, Soziale Sicherheit, Bâle 2016, n° 225 p. 976). e) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique par suite d'un accident a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'atteinte à l'intégrité au sens de cette disposition consiste généralement en un déficit corporel anatomique ou fonctionnel, mental ou

- 17 - psychique. Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales objectives. De même, puisqu'elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale, l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin. L'évaluation incombe donc avant tout aux médecins, qui doivent, d'une part, constater objectivement quelles limitations subit l'assuré et, d'autre part, estimer l'atteinte à l'intégrité en résultant (TF 8C_703/2008 du 25 septembre 2009 consid. 5.2 ; TF 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.3 et réf. cit). Aux termes de l'art. 25 al. 1 LAA, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte, qui s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même ; elle est évaluée de manière abstraite, égale pour tous, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'elle entraîne pour l'assuré concerné (cf. ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 218 consid. 4b et réf. cit.). L'annexe 3 de l'OLAA comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème – reconnu conforme à la loi – ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 29 consid. 1b et réf. cit.). Il représente une « règle générale » (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). Le ch. 2 de l'annexe dispose au surplus qu'en cas de perte partielle d'un organe ou de son usage, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est réduite en conséquence, aucune indemnité n'étant toutefois versée dans les cas pour lesquels un taux inférieur à 5% du montant maximum du gain assuré serait appliqué. A cette fin, la Division médicale de la CNA a établi plusieurs tables d'indemnisation des atteintes à l'intégrité selon la LAA. Sans lier le juge, ces tables sont néanmoins compatibles avec l'annexe 3 OLAA (124 V 209 consid. 4a/cc ; TF 8C_195/2013 du 15 octobre 2013 consid. 6.1, 8C_459/2008 du 4 février 2009 consid. 2.1.2, 8C_365/2007 du

- 18 - 15 mai 2008 consid. 7.2) et permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle. 4. a) 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 ; 8C_87/2007 du 1er février 2008 consid. 2.2 ; U 64/07 du 23 janvier 2008 consid. 2). 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_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6).

- 19 - 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 de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 126 V 353 consid. 5b ; 117 V 359 consid. 4a ; 117 V 369 consid. 3a). b) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf.cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, comme c'est le cas en l'espèce, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et réf.cit.). 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.

- 20 - 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 (status quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (status quo sine). A contrario, aussi longtemps que le status 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 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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, 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. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à l'assureur (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). 5. De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider

- 21 - 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 réf. cit.; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci. 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 réf. cit. ; Pratique VSI 2001 p. 109, consid. 3b/cc). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent également se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé. En matière d'assurance-accidents plus particulièrement, le Tribunal fédéral a jugé qu'une valeur probante devait également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais

- 22 - 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, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). 6. a) Dans le domaine des assurances sociales notamment, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF I 906/05 du 23 janvier 2007 consid. 6). b) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et réf. cit.). 7. En l'espèce, il convient tout d'abord de constater que les douleurs mécaniques de l'épaule gauche dont fait état le Dr W. _____

- 23 - dans son rapport du 7 mai 2014 ne sont pas en lien de causalité avec l'accident de 1988, au vu notamment de l'âge du patient et d'absence d'atteinte initiale à l'épaule (cf. avis médical du 16 juillet 2014 du Dr M. _____). La prise en charge du traitement de celles-ci n'incombe par conséquent pas à l'assurance-accidents. S'agissant des cervicalgies, il ressort des différents avis médicaux que celles-ci sont en lien de causalité, à tout le moins probable, avec l'atteinte initiale. Le litige porte donc sur la question de savoir si le traitement actuel, consistant depuis plus d'une décennie en la prescription de séances de physiothérapie et d'anti-inflammatoires, est de nature à améliorer l'état de santé de l'assuré, dans quel cas il doit être pris en charge par l'intimée (cf. consid. 3c supra). En l'état, aucun élément au dossier ne permet d'établir que le traitement dispensé est susceptible d'améliorer sensiblement la situation. En effet, on constate que les séances de physiothérapie sont prescrites depuis de nombreuses années, à raison de quelques séances par an, sans réelle modification de l'état de santé du recourant. Ces séances permettent certes de soulager temporairement ses douleurs, ce qui ne suffit cependant pas à admettre une amélioration sensible de l'état de santé (cf. consid. 3c précité et Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 194 p. 968). Autrement dit, comme le mentionne le Dr M. _____, le suivi consiste actuellement en un traitement d'entretien, le cas de l'assuré devant être considéré comme stabilisé (cf. notamment rapport médical du 28 janvier 2015 du Dr M. _____). D'ailleurs, ni les rapports du Dr S. _____ (cf. rapports du

E. 13

mars 2005, du 14 septembre 2007 et du 25 juin 2010) ni ceux du Dr W. _____ (cf. rapports du 21 mars 2013 et du 7 mai 2014) ne font état d'une possibilité d'obtenir une

amélioration notable de la situation en poursuivant le traitement. Il ressort bien plutôt de ces documents que le traitement dispensé permet uniquement de maintenir la situation, ce qui n'est pas suffisant au regard de la jurisprudence mentionnée ci-dessus. 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 de la clôture de la procédure

- 24 - administrative. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 131 V 242 consid. 2.1; 121 V 362 consid. 1b). Les rapports médicaux produits par K. _____ à l'appui de son recours concernent cependant sa situation au moment de la décision sur opposition, contrairement à ce que soutient l'intimée, de telle sorte qu'ils doivent être pris en considération dans le cadre de la présente procédure. Cela étant dit, force est de constater que ces documents ne permettent pas non plus de s'écarter de la position de l'assurance-accidents. Certes, dans un rapport du 12 janvier 2015, le Dr H. _____ évoque une péjoration de l'état de santé de son patient, mais celle-ci n'est guère étayée par ce praticien, ni corroborée par les autres médecins. Quant au rapport médical du 16 décembre 2014 de la Dresse X. _____, il n'apporte pas de nouvel élément, se limitant à un descriptif des atteintes du recourant. Ainsi, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que le résultat thérapeutique était atteint et qu'elle a mis fin à ses prestations en date du 17 mars 2014. 8. Il reste à examiner la question du droit à une rente d'invalidité ainsi qu'à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. a) L'octroi d'une rente d'invalidité suppose par définition que l'assuré subisse une incapacité de gain totale ou partielle permanente ou de longue durée, laquelle a pour origine une incapacité de travail ayant des répercussions sur les possibilités de gain de l'assuré (cf. consid. 3d supra). Or en l'espèce, il ressort du dossier que le recourant n'a jamais été en incapacité de travail du fait des cervicalgies depuis la rechute de 2003. Rien n'indique par ailleurs qu'il soit limité dans ses activités professionnelles. L'élément essentiel de la perte de gain faisant défaut, le recourant n'a pas droit à une rente d'invalidité. b) Quant à l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Cour de céans ne saurait s'écarter de l'appréciation de l'intimée. D'une

- 25 - part, le recourant n'explique pas en quoi il critiquerait la position de l'assurance-accidents. D'autre part, il apparaît que cette dernière a correctement appliqué les barèmes de la CNA en matière d'indemnisation des atteintes à l'intégrité. En particulier, l'intimée s'est fondée à juste titre sur la table 7 de ces barèmes, correspondant aux affections de la colonne vertébrale. Elle a ensuite correctement apprécié l'intensité des douleurs, lesquelles se situent entre le niveau 0 (pas de douleurs notables, limitation fonctionnelle minime et rare, survenant surtout aux efforts importants) et le niveau + (douleurs modérées après mobilisation, rares ou nulles au repos, disparaissant complètement et rapidement [1 à 2 jours]). Enfin, c'est à juste titre que l'intimée a considéré que s'agissant d'une spondylodèse, ce niveau de douleur donne un taux d'atteinte à l'intégrité inférieur à 5 %, ce qui n'ouvre dès lors pas de droit à une IPAI. 9. Le dossier étant complet et permettant ainsi à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, il n'y a pas lieu d'ordonner de complément d'instruction sous la forme d'une expertise. En effet, celle-ci ne serait pas en mesure de modifier l'appréciation du tribunal, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 464 consid. 4a ; TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et TF 9C_440/2008 du 5 août 2008). Il résulte de ce qui précède que le recours doit être rejeté

et la décision sur opposition rendue le 1er octobre 2014 par l'intimée confirmée. 10.
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, le recourant n'obtenant pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

- 26 -

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