

VD_GERICHTE ZA16.020467 vom 9. Dezember 2016

VD Tribunal cantonal, 2016-12-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.020467

FR: VD_GERICHTE ZA16.020467 du 9 décembre 2016

IT: VD_GERICHTE ZA16.020467 del 9 dicembre 2016

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 LPGA). Le recours doit être adressé au tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré, dans un délai de 30 jours suivant la notification de la décision querellée (art. 57, 58 et 60 al. 1 LPGA). 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) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). b) 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

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 6 février 2015, singulièrement sur le point de savoir si un lien de causalité persiste au-delà de cette date entre l'accident du 6 août 2014 et les lésions présentées par l'assurée à la colonne vertébrale.

- 8 -

E. 3

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurances sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3.1 p. 406, 119 V 335 consid. 1 p. 337, 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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 consid. 3.2 p. 181, 402 consid. 2.2 p. 405, 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références). 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 p. 341 sv. ; RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv., 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 p. 181 ; 402 consid. 4.3.1 p. 406 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 3ème éd., Bâle 2016, n° 104 p. 929).

- 9 - 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. 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 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b et 1992 n° U 142 p. 75 ; arrêts 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 (cf. TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.2). b) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel jusqu'au rétablissement du status quo sine ou quo ante (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a ; TF 8C_32/2014 précité

- 10 - consid. 2.3 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3 ; TF 8C_486/2007 du 4 avril 2008 consid. 4.3.1). D'après la jurisprudence du Tribunal fédéral, qui se fonde sur

l'expérience médicale, une aggravation post traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (cf. SVR 2009 UV n° 1 p. 1 ; voir également les arrêts TF 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3, 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3). c) 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. Elle 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406).

E. 4

a) En l'occurrence, il est établi que l'assurée a chuté sur le flanc alors qu'elle marchait sur un trottoir pendant ses vacances au [...], le

E. 6

août 2014 et a présenté dans les suites de cet événement des lombosciatalgies avec irradiations dans le membre inférieur gauche. Une IRM réalisée le 2 novembre 2015 a mis en évidence la présence d'une hernie discale L5-S1 gauche foraminale et extra-foraminale et des discopathies L4-L5 et L2-L3 modérées. b) Dans son rapport du 16 décembre 2015, le Dr W._____ explique que le mécanisme de l'accident n'est pas susceptible d'avoir provoqué une hernie discale dans un disque sain, d'autant plus que l'IRM a mis en évidence des troubles dégénératifs pluriétagés, préexistant à l'accident. Il a ainsi fixé le status quo sine six mois après l'évènement accidentel, soit le 6 février 2015. Ces conclusions sont claires et motivées,

- 11 - et se positionnent sur les points litigieux importants. Les explications du Dr W._____ convainquent en particulier sur le fait que les altérations des disques intervertébraux sont préexistantes à l'accident, étant donné que le mécanisme de l'accident n'a pas pu provoquer une hernie discale dans un disque sans lésions. L'accident n'apparaît en effet pas avoir été d'une importance telle qu'il ait été de nature à provoquer une hernie discale. En outre, le rapport du Dr W._____ se fonde sur le dossier médical complet de l'assurée, prenant en compte les rapports médicaux précédents du Dr B._____ du 26 novembre 2015 et du Dr R._____ du 1er décembre 2015, ainsi que l'IRM du 2 novembre 2015. Dès lors, bien que le Dr W._____ n'ait pas personnellement examiné l'assurée, il convient de lui reconnaître une valeur probante suffisante. c) Les arguments du Dr B._____, repris pour l'essentiel par la recourante dans son acte de recours, ne permettent pas de remettre en cause l'appréciation du Dr W._____, selon laquelle l'accident du 6 août 2014 n'est pas susceptible d'avoir provoqué une hernie discale dans un disque sain. En effet, le fait qu'il n'existe pas d'imagerie de la colonne avant cet accident n'est pas déterminant, dès lors que la présence de lésions préexistantes des disques, de nature à favoriser l'apparition d'une hernie discale, est hautement vraisemblable en l'espèce, selon les explications du Dr W._____ et l'expérience médicale (cf. supra consid. 3b). En outre, le fait que l'assurée ne se soit pas plainte de douleurs discales avant cet événement ne suffit pas, à lui seul, à établir un lien de causalité naturelle (cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb, TF 8C_264/2010 du 7 janvier 2011 consid. 3, selon lesquels l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne permet pas d'établir l'existence d'un tel lien). Certes, tant le

Dr B. _____ que le Dr R. _____ ont mentionné que la symptomatologie douloureuse radiculaire était apparue immédiatement après la chute au [...]. Toutefois, vu la jurisprudence en matière de hernie discale (cf. supra consid. 3b), cela n'est pas suffisant pour admettre que cet événement a provoqué la hernie. Encore faudrait-il que l'accident ait été d'une importance particulière, de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral, ce qui n'est pas le cas en l'espèce,

- 12 - ainsi qu'on l'a déjà relevé. Au demeurant, on peine à comprendre pour quelle raison l'assurée a été adressée au Dr R. _____ pour un bilan plus complet de son état de santé plus d'une année après l'évènement du 6 août 2014, soit en novembre 2015, si la hernie ou la suspicion d'une telle atteinte existait déjà dès le départ. Pour le surplus, la hernie discale ne fait pas partie des lésions corporelles assimilées à un accident au sens de l'art. 9 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), lequel énumère exhaustivement de telles lésions (cf. art. 9 al. 2 OLAA). Une prise en charge de la hernie de la recourante à ce titre par J. _____ n'est donc pas envisageable. Ainsi, il convient d'admettre, avec l'intimée, que l'évènement du 6 août 2014 a cessé de produire ses effets six mois plus tard (statu quo sine), c'est-à-dire le 6 février 2015. Au-delà de cette date, l'assureur- accidents était donc fondé à refuser la prise en charge de ses prestations à la recourante. Compte tenu de ce qui précède, la mise en œuvre d'une expertise n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; TF 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2), de sorte qu'un renvoi de la cause à l'assureur- accidents pour complément d'instruction ne se justifie pas. En effet un tel complément ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent puisque les faits pertinents ont pu être établis à satisfaction de droit. 5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

- 13 -

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