

VD_GERICHTE ZA16.031451 vom 11. Dezember 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-12-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.031451

FR: VD_GERICHTE ZA16.031451 du 11 décembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.031451 del 11 dicembre 2017

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 sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; 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 ou d'une autre partie, dans un délai de 30

- 9 - 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, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige a pour objet le point de savoir si le recourant peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 31 octobre 2015.

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.

- 10 - b) 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 ; 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. 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'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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas 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 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b, 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 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 s. 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. La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assuré-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la

- 11 - personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/2005 du 8 janvier 2007 consid. 4; TF U 222/2004 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). 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 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). Ainsi, l'examen du rapport 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) 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

- 12 - 142 p. 75 ; TF 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). En d'autres termes, lorsque des douleurs apparaissent consécutivement à un accident et qu'il faut partir de l'hypothèse que l'accident a seulement activé un état dégénératif (auparavant muet) sans l'avoir causé, l'assureur est tenu de fournir les prestations pour le syndrome douloureux directement en lien avec l'accident aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est pas rétabli (TF 8C_816/2009 du 21 mai 2010 consid. 4.3) même si l'atteinte à la santé est en très grande partie la conséquence d'une maladie (TF 8C_423/2012 du 26 février 2013 consid. 5.3). Il en va différemment, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet (TF 8C_423/2012 précité consid. 5.3 ; TF 8C_380/2011 du 20 octobre 2011 consid. 4.2.1). d) 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 par contre, 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

- 13 - (RAMA 2000 n° U 378 p. 190 consid. 3 et n° U 379 p. 192 consid. 2a ; TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et références citées). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1). Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2 ; RAMA 2000 n° U 363 du 9 septembre 1999 p. 46 consid. 3a).

E. 4

a) Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les

points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier, que la description des conséquences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a et les références citées; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

- 14 - Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées).

E. 4.1

ad art. 89 LPA-VD p. 409). En l'occurrence, au regard des intérêts en présence – et de la courte période concernée, de deux mois au maximum compte tenu du délai nécessaire pour le traumatisme facial, respectivement de la fracture du nez (uniquement traitement) – et du principe de proportionnalité qui canalisent le pouvoir d'appréciation de la Cour, il n'y a pas lieu de faire usage d'une telle faculté. Le versement des prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 31 octobre 2015 est ainsi maintenu. En l'absence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 8 juillet 2015 et les symptômes persistants au-delà du 31 octobre 2015, l'intimée était par contre fondée à mettre fin à ses prestations pour la période courant au-delà du 31 octobre 2015.

- 21 - 5. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. La procédure est gratuite (art. 61 let. a LPGA), de sorte qu'il n'est pas perçu de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, et qui n'était au demeurant pas représenté par un mandataire professionnel, n'a pas le droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA, art. 55 LPA-VD).

- 22 -

E. 5

Dans le cas d'espèce, se fondant sur le rapport du 10 février 2016 du Dr T. _____, l'intimé estime que le statu quo des suites de l'accident du 8 juillet 2015 a été atteint au 23 juillet 2015 s'agissant des troubles cervicaux, et après deux mois s'agissant de la fracture du nez. L'assureur-accidents a mis fin à ses prestations au 31 octobre 2015, partant du postulat qu'au-delà de cette date, il n'existait plus de lien de causalité entre les troubles persistants et l'accident. De son côté, le recourant conteste l'interruption des prestations au 31 octobre 2015. Se fondant sur l'avis du Dr R. _____, il soutient que la hernie discale est liée à

l'accident du 8 juillet 2015. Il fait notamment valoir qu'en raison de cet événement, il a présenté une incapacité de travail depuis le 9 juillet 2015.

- 15 -

E. 6

a) Aux termes de son rapport du 10 février 2016, le Dr T. _____ a estimé que la relation de causalité naturelle entre la pathologie cervicale, qui a conduit à l'intervention chirurgicale du 27 novembre 2015, et l'accident du 8 juillet 2015 était hautement, voire très hautement, improbable. Le Dr T. _____ a constaté que le premier examen médical, au lendemain de l'accident, n'avait pas révélé de troubles cervicaux ou cervico-brachiaux. Ce n'était qu'à la suite de l'apparition de cervico-brachialgies, à distance du traumatisme, que diverses investigations avaient été entreprises au niveau cervical, mettant en évidence des troubles dégénératifs marqués, évoluant de longue date, au niveau C5-C6 et C4-C5, suffisamment importants pour induire une compression médullaire et radiculaire C6 bilatérale. Ces examens n'avaient par contre pas démontré de lésion traumatique, avec haute vraisemblance, dans le sens d'une fracture, d'une séquelle de luxation, d'une déchirure ligamentaire significative, voire d'une lésion tendino- musculaire d'envergure. Le Dr T. _____ a notamment constaté qu'en C5- C6, où la discopathie était la plus importante, le bilan radiologique, détaillé, n'avait fait ressortir aucun hypersignal autour du débord discal postérieur pouvant suggérer un traumatisme récent (absence d'œdème péri-lésionnel ou d'hématome). De même, le médecin a constaté que le descriptif de l'opération du 27 novembre 2015 n'avait pas mis en évidence d'élément suggérant les séquelles d'une fracture, d'une déchirure ligamentaire probante, voire d'une déchirure musculo-tendineuse compliquée. Le Dr T. _____ a estimé que l'accident du 8 juillet 2015 avait en définitive été à l'origine d'un traumatisme facial, voire de l'index gauche. Il n'a pas exclu que l'événement fut aussi peut-être à l'origine d'une entorse cervicale. Pour autant qu'elle ait été avérée, celle-ci aurait été de faible envergure et n'aurait pas généré, avec haute vraisemblance, une lésion anatomique précise, de nature disco-radulaire. Sur la base de ces constatations, le Dr T. _____ a considéré que le statu quo ante/sine en raison de la « possible entorse » aurait été atteint après deux à trois semaines, alors qu'un délai un peu plus long, de l'ordre de six à huit semaines, était admissible s'agissant de la fracture du nez, mais

- 16 - seulement s'agissant de la prise en charge des traitements, cette fracture n'ayant pas été responsable d'une interruption de travail. C'est le lieu de constater que le rapport du Dr T. _____ est probant. Le médecin a pris en considération l'ensemble des constatations objectives ressortant des rapports d'examens radiologiques. Ses conclusions sont claires et motivées ; elles ne souffrent pas de contradictions. Le Dr T. _____ a notamment procédé à une analyse systématique de la question de la causalité naturelle. Le résultat auquel il aboutit est convaincant. Il n'existe aucun indice concret, ni aucun élément que le Dr T. _____ aurait ignoré, qui remettrait sérieusement en question ses conclusions. b) Pour que l'assureur-accidents soit tenu de verser des prestations en raison d'une hernie discale, il faut que celle-ci ait été causée, déclenchée ou aggravée par l'accident assuré. Ces circonstances se définissent sur la base des critères jurisprudentiels énumérés au considérant 3d supra. A l'instar du Dr T. _____, il sied tout d'abord de constater que, compte tenu de son déroulement, l'événement du 8 juillet 2015 ne peut pas être considéré d'une importance particulière et propre à entraîner une lésion du disque intervertébral. Selon ses explications, alors qu'il marchait sur une rampe en béton permettant d'accéder au lac, l'assuré a glissé et

a chuté au sol. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de

E. 10

mètres de hauteur, une chute notamment avec port de charges ou un télescopage à grande vitesse (cf. TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2), l'événement traumatique subi par l'assuré est très modéré, puisqu'il s'agit d'une chute de sa propre hauteur. Contrairement à ce que soutient le recourant, une telle chute n'est donc pas survenue dans le cadre d'une décélération importante. Il sied dès lors de retenir que l'accident du 8 juillet 2015 n'était pas de nature à entraîner une décompensation

- 17 - structurelle, sous forme d'une herniation discale aiguë traumatique d'une discopathie préexistante. Il convient ensuite de constater que, dans un premier temps, lorsqu'il a consulté le S. _____ au lendemain de l'accident, le recourant n'a signalé aucune douleur cervico-brachiales, ses plaintes ne concernant que le visage et la main gauche. Des radiographies du nez et de l'index gauche effectuées le même jour ont conclu à une fracture des os propres du nez, alors que les sinus et l'index gauche ne présentaient pas de lésion osseuse. Lors de son examen du 9 juillet 2015, le Dr G. _____ a observé une palpation du rachis cervical non douloureuse. Les amplitudes cervicales étaient conservées et il n'y avait pas de signe de la sonnette. Les douleurs à la nuque et à l'épaule gauche ne sont apparues que dans un second temps, à distance du traumatisme. Ce n'est que lors de la consultation du 20 juillet 2015 que l'assuré a signalé des nouveaux troubles, singulièrement au bras, qui ont incité le Dr Q. _____ à entreprendre des examens au niveau du rachis cervical. On ne peut ainsi pas retenir comme établi au degré de la vraisemblance prépondérante que les symptômes de la hernie discale sont apparus immédiatement après l'accident du 8 juillet 2015, comme le requiert la jurisprudence. On relèvera à cet égard que, contrairement à ce qu'il soutient, le recourant n'a pas présenté une incapacité de travail dès le 9 juillet 2015. Ce n'est que dès le 20 juillet 2015 que le Dr Q. _____ a attesté une incapacité de travail, alors que le 9 juillet 2015, le Dr G. _____ avait complété la feuille-accident LAA en barrant les rubriques inhérentes à l'incapacité de travail. Le fait que l'assuré se soit trouvé en vacances au moment de l'accident (du 6 au 18 juillet selon ses réponses à la demande de renseignement de M. _____ du 23 juillet 2015) ne permet pas d'aboutir à une conclusion différente, dès lors qu'une incapacité de travail peut également être attestée durant une période de vacances. Selon les pièces au dossier, l'assuré n'a d'ailleurs pas consulté de médecin durant dix jours, et n'est retourné au S. _____ que le 20 juillet 2015. Il sied encore de remarquer que les examens du rachis effectués dès le 20 juillet 2015 n'ont pas montré de choc traumatique. La

- 18 - radiographie du 20 juillet 2015 a en effet permis de constater que les vertèbres étaient sans anomalie, la colonne cervicale ne présentant que des discopathies C4-C5 et C5-C6. L'IRM du 23 juillet 2015 a confirmé la présence d'atteintes dégénératives (spondylo-discarthrose C4-C5 et C5-C6, rétrécissement des foramens bilatéral, canal cervical rétréci en C4-C5 et canal cervical étroit en C5-C6, s'associant à une myélopathie au- dessous de l'espace discal C5-C6), tout en excluant toute fracture- tassement. Or, presque toutes les (rares) hernies discales de la colonne cervicale d'origine traumatique s'accompagnent de lésions osseuses (telles que luxation des articulaires, fracture de la colonne ; cf TFA U 149/04 du 6 septembre 2004 consid. 6.2). Le dossier ne fait au demeurant pas mention d'un mouvement brusque axial, de compression-extension à hauteur

du rachis cervical, reconnu comme étant propre à entraîner une hernie discale (cf. consid. 3b supra). L'assuré a au contraire expliqué qu'après un mouvement réflexe de rotation du corps sur lui-même, il avait fait une chute sur la face. Le Dr T. _____ a précisé qu'il existait tout au plus une relation de cause à effet aléatoire entre l'accident et les troubles cervicaux ayant conduit à la décompression chirurgicale, compte tenu de l'importance des lésions dégénératives, lesquelles exposaient le patient au développement de cervico-brachialgies de manière spontanée, ou encore après des gestes banaux de la vie quotidienne, voire d'une position vicieuse cervicale statique prolongée. Or, de jurisprudence constante, si l'accident est uniquement une cause occasionnelle ou une cause aléatoire qui a rendu manifeste un risque actuel dont la réalisation devait être escomptée en tout temps, sans que l'accident ait une portée propre dans le cadre du rapport entre la cause et l'effet, il ne peut pas donner lieu à des prestations de l'assurance-accidents (cf. consid. 3c supra). En définitive, c'est à juste titre que le Dr T. _____ a conclu que l'accident ne semblait pas avoir revêtu une énergie particulièrement élevée, susceptible de générer une fracture discale ou la formation d'une hernie, que les symptômes d'une hernie n'étaient pas apparus immédiatement après l'accident et que le bilan radiologique, détaillé,

- 19 - n'avait pas fait ressortir des éléments indirects d'un traumatisme récent ou de lésion anatomique disco-radulaire précise. Dans ces circonstances, force est de constater que l'accident du 8 juillet 2015 n'a ni causé, ni déclenché, ni même aggravé la hernie discale affectant le recourant. C'est ainsi que manière convaincante que le Dr T. _____ a estimé que le lien de causalité entre l'accident du 8 juillet 2015 et les atteintes cervicales ayant conduit à l'opération du 27 novembre 2015 était hautement, voire très hautement improbable. c) L'avis du Dr R. _____, sur lequel l'assuré fonde son recours, ne permet pas d'aboutir à une conclusion différente. C'est en effet sans motivation que le neurochirurgien a affirmé que la hernie discale constatée était « certainement post-traumatique » (cf. rapport du 27 juillet 2015). De même, le 18 août 2015, il s'est contenté d'affirmer, sans plus de précision, qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas. Le Dr R. _____ n'a toutefois pas procédé à un examen systématique du lien de causalité naturelle sur la base des critères de la littérature médicale, repris par le Tribunal fédéral. Dans son rapport du 27 juillet 2015, le Dr R. _____ a d'ailleurs confirmé qu'il n'avait pas constaté de lésion osseuse visible ni d'instabilité du rachis cervical. Les examens complémentaires qu'il a requis ont conclu que l'assuré ne présentait pas de glissement intersomatique pathologique ni de fracture cervicale (cf. radiographies de la colonne cervicale fonctionnelles de profil et par CT cervical du 18 août 2015). Quant à la déchirure ligamentaire évoquée par le Dr R. _____, observée selon lui lors de l'IRM du 23 juillet 2015 et de l'intervention chirurgicale, le médecin n'apporte pas d'éléments permettant de s'éloigner de l'avis du Dr T. _____, lequel, après examen du rapport d'IRM du 23 juillet 2015 et du protocole opératoire du 27 novembre 2015, a conclu à l'absence de déchirure ligamentaire probante, comme de tout autre élément traumatique. On relèvera également à cet égard que dans la lettre de sortie du 22 février 2016 des suites de l'opération du 27

- 20 - novembre 2015, le Dr R. _____ a précisé que l'assuré ne présentait pas de diagnostics secondaires, pas de complications et pas de comorbidités en sus du traumatisme médullaire avec contusion et de la hernie discale constatés. d) Au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions du Dr T. _____, en ce sens qu'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 8 juillet 2015 et la hernie discale n'est pas établi au

degré de la vraisemblance prépondérante. S'agissant des atteintes causées par l'accident, le *statu quo sine vel ante* a été atteint en six à huit semaines s'agissant de la fracture du nez (uniquement pour le traitement), et en deux à trois semaines s'agissant de l'éventuelle entorse cervicale. Cela étant, on peine à suivre les motifs pour lesquels l'intimée a poursuivi le versement de ses prestations jusqu'au 31 octobre 2015. Si la loi permet à l'autorité de recours de procéder à une *reformatio in pejus* (cf. art. 61 let. d LPGA et art. 89 al. 2 LPA-VD), il s'agit d'une simple faculté (cf. ATF 119 V 241 consid. 5). L'autorité de recours dispose à cet égard d'un certain pouvoir d'appréciation dont l'exercice doit tenir compte de l'intérêt public au respect du droit objectif et du principe de la proportionnalité (cf. Benoît Bovay/Thibault Blanchard/Clémence Grisel Rapin, Procédure administrative vaudoise, LPA-VD annotée, Bâle 2012, n°

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