

VD_GERICHTE ZA17.023017 vom 20. November 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-11-20, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.023017

FR: VD_GERICHTE ZA17.023017 du 20 novembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZA17.023017 del 20 novembre 2017

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 66/17 - 126/2017 ZA17.023017 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 20 novembre 2017 _____ Composition : Mme BERBERAT,
présidente Mmes Röthenbacher et Dessaux, juges Greffier : M. Klay ***** Cause pendante
entre : U. _____, à [...], recourant, et T. _____ SA, à [...] (ZH), intimée.

_____ Art. 4 et 61 let. c LPGA ; art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA ; art. 11 OLAA 402

- 2 - E n f a i t : A. U. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1976, travaillait
en qualité de conseiller en gestion de fortune auprès de la société [...] SA depuis le 15 mai
2013. A ce titre, il était assuré auprès de T. _____ SA (ci-après : T. _____ ou
l'intimée) pour les suites des accidents professionnels et non professionnels. Par déclaration
de sinistre LAA de son employeur du 10 décembre 2015, l'assuré a fait annoncer un
accident survenu en date du 3 novembre 2015 et décrit comme une « chute sur le coccyx
avec douleur de dos et deux semaines après course à pied qui ont donnés [sic] des tensions
dans tout le dos ». Selon le rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci- après : IRM)
lombaire du 30 novembre 2015 du Dr G. _____, spécialiste en médecine nucléaire et en
radiologie, l'assuré présentait une discopathie L4-L5, une hypoplasie du pédicule L5 droit
versus lyse isthmique avec ectasie du sac dural autour de la racine S1 droite en regard,
rentrant probablement dans le compte d'une même malformation, un plexus veineux plus
riche au niveau péri-dural antérieur, à la hauteur de L5 et une arthropathie interfacettaire
L4-L5 bilatérale avec petit kyste péri-facettaire superficiel. En date du 3 décembre 2015, le
Dr Z. _____, médecin praticien, a diagnostiqué des « lombalgies sur discopathie L4 L5 »
et a prescrit à l'assuré neuf séances de physiothérapie auprès d'J. _____,
physiothérapeute. Selon un certificat médical LAA du 31 décembre 2015, le Dr Z. _____
a constaté des « lombalgies en barre sans irradiation sciatique », évoquant le constat
radiologique de « discopathie L4-L5[,] lyse isthmique L5 », et a posé le diagnostic de
lombalgies. Concernant les causes entrant en considération pour les symptômes, il a
mentionné

- 3 - l'accident et a pour le surplus renvoyé au constat radiologique susmentionné. Il a
ajouté que le patient avait déjà souffert auparavant de troubles similaires. Il n'a constaté en
outre aucune incapacité de travail et a indiqué que le traitement avait débuté le 26 novembre
2015 et pris fin le 3 décembre 2015. En date du 5 janvier 2016, l'assuré a rempli un
questionnaire sur le déroulement de l'accident et y a indiqué être allé courir en forêt le 3
novembre 2015 et avoir glissé sur une pierre humide, ce qui l'a fait tomber sur le coccyx. Il
a précisé avoir eu de fortes tensions musculaires au dos depuis cette chute et a ajouté être
capable de travailler et avoir repris son activité à 100 % à partir du 5 décembre 2015. Lors
d'un entretien téléphonique du 11 janvier 2016, l'employeur de l'assuré a indiqué à
T. _____ que l'intéressé n'avait pas été en arrêt de travail à la suite de son accident du 3

novembre 2015. Selon son appréciation médicale du 25 janvier 2016, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin conseil auprès de T. _____, a estimé que, du point de vue médical, il était « limite » de considérer que le mécanisme du déroulement de l'accident du 3 novembre 2015 était à même d'être à l'origine du diagnostic posé, compte tenu du fait que les douleurs importantes n'étaient apparues que deux semaines après et à la suite de la course à pied. Il a relevé en outre l'existence de facteurs externes, à savoir une lyse isthmique de L5 et une discopathie. Il a considéré que le lien de causalité naturelle entre le traitement et l'accident était « limite » et que l'on se trouvait face à une aggravation passagère d'une affection de base, sans relation avec l'accident. Il a fixé le « statu quo ante ou sine » au 3 décembre 2015. Il a en enfin estimé que l'incapacité de travail de l'intéressé, dans son activité en tant que conseiller en gestion de fortune, était courte et qu'il était « limite » de retenir que cette incapacité de travail était due avec certitude à l'accident.

- 4 - En date du 26 janvier 2016, T. _____ a, en interne, clos le cas de l'assuré. B. Selon un rapport d'IRM de la colonne lombaire du 9 septembre 2016, le Dr C. _____, spécialiste en radiologie, a décrit un aspect d'une malformation congénitale de la vertèbre L5 du côté droit sous la forme d'une hypoplasie du pédicule droit de L5 et d'une partie du massif articulaire ainsi qu'un minime pincement L4-L5 du côté droit. Cela étant, il a conclu à l'absence d'anomalie hormis une malformation congénitale de la vertèbre L5. C. En date du 1er février 2017, l'assuré a téléphoné à T. _____. Il résulte ce qui suit de la notice d'entretien de cet appel téléphonique : « Monsieur U. _____ m'appelle car sa facture des séances de pilates ont été retournées [sic] au fournisseur de prestations. Je lui dit [sic] que nous avons clôturé son dossier en décembre 2015 et que si la thérapeut[e] n'est pas reconnu[e] nous n'allons pas indemniser. Il me dit qu'un collaborateur du groupe accident lui a dit que nous allions payer les séances de pilates. Je l'informe que nous devons rouvrir le dossier et investiguer si oui ou non nous pouvons prendre en charge ce type de traitement. Il est ok pour la ré ouverture [sic] de son dossier. » Par un « Questionnaire en cas de rechute » complété le 5 février 2017, l'assuré a indiqué qu'il avait encore des symptômes résiduels à la fin du traitement dû à l'accident, sous la forme de douleurs au niveau des vertèbres L4-L5. Il a ajouté que des symptômes sous la forme de douleurs dans le dos sur le côté gauche étaient réapparus « en janvier 2016 en continue [sic] jusqu'à [son] appel téléphonique ». Il a également précisé avoir consulté le Dr Z. _____ le 23 septembre 2016, lequel lui avait prescrit des séances de pilates qui lui avaient permis d'améliorer la position de son dos. A la question « êtes-vous (à nouveau) capable de travailler ? », il a répondu par l'affirmative.

- 5 - Par rapport intermédiaire LAA du 6 février 2017, le Dr Z. _____ a posé le diagnostic de lombalgie sur discopathie L4-L5 et estimé que des séquelles sous la forme de lombalgies étaient à redouter. Il a en outre attesté une incapacité de travail à 100 % du 25 novembre au 4 décembre 2015, avec reprise complète dès le 5 décembre 2015, et précisé que la dernière consultation de l'assuré remontait au 22 septembre 2016. Selon une appréciation médicale du 6 mars 2017, le Dr F. _____ a estimé qu'il était au départ acceptable de considérer, du point de vue médical, que le mécanisme du déroulement de l'accident du 3 novembre 2015 était à même d'être à l'origine du diagnostic posé – compte tenu de la chute –. En revanche, la discopathie L4-L5, soit un facteur externe, était par la suite devenue prépondérante. Il a considéré qu'au départ, le traitement avait eu, avec une probabilité prédominante, un lien de causalité naturelle avec l'accident. Il a en outre

maintenu le caractère passager de l'aggravation d'une affection de base sans relation avec l'accident, ainsi que le « statu quo ante ou sine » à fin 2015. Le Dr F. _____ a enfin retenu que l'on ne pouvait pas considérer qu'il s'agissait, avec une probabilité prédominante, d'une rechute liée à l'événement accidentel du 3 novembre 2015 et conclu qu'il n'y avait pas lieu de prendre en charge les séances de pilates de l'intéressé. Par décision du 13 mars 2017, T. _____ a refusé à l'assuré tout droit aux prestations en lien avec la reprise des traitements en septembre 2016. Après avoir indiqué que, sur le plan médical, le dossier de l'intéressé avait été clos en décembre 2015, elle a considéré que les troubles invoqués n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 3 novembre 2015, condition devant nécessairement être réalisée pour retenir l'existence d'une rechute. En date du 21 mars 2017, l'assuré s'est rendu dans les locaux de T. _____ pour faire opposition à la décision précitée. Selon le procès-verbal y relatif, il a fait valoir qu'il n'avait jamais reçu le courrier du

- 6 - 26 janvier 2016 clôturant son dossier. Il a ajouté qu'il avait téléphoné à T. _____ en septembre 2016, soit avant la reprise des traitements, et que, lors de cet entretien téléphonique, son interlocuteur avait donné son aval à la prise en charge de ses traitements s'ils étaient bien en lien avec l'accident du 3 novembre 2015. Il avait donc consulté le Dr Z. _____, effectué une IRM et entrepris ensuite des séances de pilates. L'intéressé a également précisé qu'il était un coureur depuis son plus jeune âge et qu'avec le temps, il avait ainsi développé une discopathie, mais que la violente chute avait réellement réveillé le tiraillement côté gauche entre les vertèbres L4-L5 et avait enflammé cette partie du corps. Selon son neurochirurgien, ses problèmes relevaient uniquement de l'accident et non de la maladie. L'assuré a encore indiqué avoir terminé les traitements, s'être remis à courir, ne plus ressentir de tiraillement et ne plus avoir de soucis. Il a ajouté que, s'il avait encore des douleurs intenses, il comprendrait qu'elles soient liées à la discopathie. Il a enfin fourni les factures suivantes qui lui restaient à payer : une facture du Dr Z. _____ pour la consultation du 22 septembre 2016 d'un montant de 40 fr. 85 (hors frais de rappel) ; une facture pour l'IRM du 9 septembre 2016 d'un montant de 488 fr. 55 ; deux décomptes de participations émis par son assurance-maladie pour des traitements de physiothérapie du 9 au 18 décembre 2015 d'un montant de 216 fr., respectivement du 30 septembre au 13 octobre 2016 d'un montant de 162 fr. 95. Par décision sur opposition du 25 avril 2017, T. _____ a rejeté l'opposition et confirmé la décision contestée. Elle a pour l'essentiel repris les motifs exposés dans cette décision, à savoir que l'assuré n'avait pas prouvé, au stade de la vraisemblance prépondérante, que la rechute annoncée fin janvier 2017, soit les frais de traitement du dos dès septembre 2016, étaient en relation de causalité naturelle avec l'accident du 3 novembre 2015. Elle a de surcroît considéré que le fait que l'assuré n'ait éventuellement pas reçu le courrier du 26 janvier 2016 de clôture de son dossier n'était pas relevant dans la mesure où elle pouvait clôturer le cas initial sans en informer l'intéressé. Elle a ajouté que même si l'assuré avait effectivement eu un contact téléphonique avec l'un de ses collaborateurs, la réponse qui lui aurait été fournie n'était pas erronée

- 7 - dans la mesure où il était exact que les traitements auraient été pris en charge s'ils avaient été en relation de causalité avec l'accident initial. T. _____ a cependant précisé accepter, sans que cela n'ait d'influence sur le dispositif de la décision attaquée, la prise en charge des frais relevant du cas d'accident initial à charge de l'assureur-accident, soit les frais relatifs à l'IRM effectuée le 30 novembre 2015 – lors même que l'assuré n'en avait pas requis le remboursement –, ainsi que les frais de physiothérapie effectuée du 9 au 18

décembre 2015. D. Par acte du 25 mai 2017, adressé le 26 mai 2017 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, U. _____ a recouru contre la décision sur opposition précitée, concluant à son annulation [recte : réforme] en ce sens que les frais de traitement survenus entre le 1er septembre et le 31 décembre 2016 sont pris en charge par l'intimée. A l'appui de son recours, il a réitéré les arguments précédemment avancés. Il a en outre invoqué le principe de la bonne foi, estimant qu'il était légitimé à penser que les traitements litigieux seraient pris en charge par l'intimée, relevant en particulier ne pas avoir reçu la décision de clôture de son cas et avoir téléphoné à T. _____ avant de reprendre un quelconque traitement. Il a également fait grief à l'intimée de s'être référé, dans sa décision sur opposition litigieuse, à un rapport du Dr Z. _____ du 3 décembre 2016, lequel ne se trouvait pas dans son dossier. Il a en outre précisé que, s'il souffrait certes d'une malformation congénitale de la vertèbre L5, rien n'indiquait que les douleurs ressenties en 2016 provenaient de cette malformation ; il a argué que c'était uniquement à la suite de sa chute sur le coccyx qu'il avait ressenti de vives douleurs et que le diagnostic de « lombalgies » avait été posé. L'intéressé a ainsi conclu en indiquant estimer que « l'accident est la cause de [ses] douleurs et que l'état maladif préexistant n'a fait qu'être causé par l'accident ». Le 12 juin 2017, le recourant a produit un rapport complémentaire du 29 mai 2017, dans lequel le Dr Z. _____ a indiqué avoir examiné le recourant le 26 novembre 2016 suite à une chute – lors d'un jogging – ayant déclenché des lombalgies en barre consécutives et inaugurales chez son patient. Il a précisé en outre qu'une discopathie L4-8 - L5 avait été mise en évidence par IRM et qu'actuellement l'assuré ne présentait plus de lombalgies. Par réponse du 6 juillet 2017, l'intimée a conclu au rejet du recours pour les motifs déjà exposés dans la décision sur opposition litigieuse. Elle a considéré que le recourant ne pouvait invoquer le principe de la bonne foi dans la mesure où elle ne lui avait pas fourni de renseignement erroné. En outre, elle a relevé que le fait de recevoir une décision de clôture du cas n'impliquait pas forcément que dans le futur plus aucune prestation ne serait versée, puisque justement il existait les cas de rechutes et de séquelles tardives. Elle a encore indiqué qu'il n'existait effectivement pas de rapport médical du Dr Z. _____ du 3 décembre 2016, que cette date résultait d'une erreur de plume et qu'il fallait en réalité comprendre qu'elle faisait référence au rapport de ce médecin du 31 décembre 2015. Invité à se déterminer par avis du 10 juillet 2017, le recourant n'a pas procédé plus avant. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, 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) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir 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).

- 9 - En l'espèce, le recours a été formé en temps utile et satisfait aux autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour en connaître (art. 93 let. a LPA-VD). 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 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c). b) En l'espèce, le litige porte sur le droit du recourant à bénéficier de prestations de l'assurance-accidents, singulièrement la prise en charge de traitements médicaux à compter du mois de septembre 2016. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputée accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir : au traitement

- 10 - ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur prescription de ces derniers, pas le personnel paramédical ainsi que par le chiropraticien, de même qu'au traitement ambulatoire dispensé dans un hôpital (let. a) ; aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b) ; au traitement, à la nourriture et au logement dans la division commune d'un hôpital (let. c) ; aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d) ; aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). b) 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 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 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans

- 11 - un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie

qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a et réf. cit. ; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 ; 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). 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 réf. cit. ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2). d) 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 tôt ou tard même sans l'accident (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2 ;

- 12 - 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 maladie préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 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_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). 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 (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). e) Selon une jurisprudence constante, l'assureur-accidents a la possibilité de mettre fin avec effet ex nunc et pro futuro à son obligation d'allouer des prestations, qu'il avait initialement reconnue en versant des indemnités journalières et en prenant en charge les frais de traitement, sans devoir se fonder sur un motif de révocation (reconsidération ou révision procédurale). Ainsi, il peut liquider le cas en invoquant le fait que selon une appréciation correcte de l'état de fait, un événement assuré n'est jamais survenu, ou que l'existence d'un lien de causalité doit être niée (ATF 130 V 380 consid. 2.3.1 ; TF 8C_260/2015 du 22 mars 2016 consid. 5.1). Par ailleurs, la prise en charge des frais de traitement ne constituant pas une prestation durable au sens de l'art. 17 al. 2 LPGA, les règles présidant à la révision des prestations visées par cette disposition légale (ATF 137 V 424 consid. 3.1 et réf. cit.) ne sont pas applicables (ATF 133 V 57 consid. 6.7 ; TF 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.3). En outre, l'assurance-accidents conserve la possibilité d'ajuster rétroactivement le droit à des indemnités journalières qu'elle n'a pas encore versées, ainsi que le droit à un traitement médical pour lequel elle n'a pas encore admis son obligation de prêter (TF 8C_376/2007 du 20 juin 2008 consid. 5.2 et réf. cit.). Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGA) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve, dans la mesure où, en cas d'absence de preuve, c'est à la partie

- 13 - qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 139 V 176 consid. 5.2 ; 124 V 372 consid. 3 ; TFA U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b ; TF 9C_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ; 8C_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2). Dans le cadre d'une suppression du droit aux prestations, 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'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la 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 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et réf. cit.). f) 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 179/03 du 7 juillet 2004

- 14 - consid. 4.4.2 ; U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 3a). Une telle 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. Le statu quo sine est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss » ; TF 8C_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 ; 8C_677/2007 du 4 juillet 2008 consid. 2.3.2). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF

8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2).
Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne

- 15 - permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). 5. In casu, est exclusivement litigieux le terme porté aux prestations de l'assurance-accidents avec effet à fin décembre 2015 des suites de l'événement du 3 novembre 2015. a) Dans un premier grief, le recourant reproche à l'intimée de n'avoir jamais reçu la lettre du 26 janvier 2016 clôturant son dossier, de sorte que ce dossier serait toujours ouvert et que son cas ne devait pas être assimilé à une rechute et examiné en tant que telle. L'intimée est d'avis que le fait que l'intéressé n'ait peut-être pas reçu le courrier précité n'est pas relevant dans la mesure où elle pouvait, en application de la jurisprudence fédérale, clôturer le cas initial sans en informer le recourant. En d'autres termes, se pose la question de savoir si le dossier du recourant a été clos ou non, respectivement si, par sa décision sur opposition litigieuse, l'intimée a refusé l'octroi de prestations sollicitées dans le cadre d'une rechute ou si elle a mis un terme au versement de prestations dans le cadre du dossier initial. Toutefois, cette question peut rester ouverte, comme on le verra ci-après. b) Il convient dès lors d'examiner si les troubles présentés en septembre 2016 se trouvent en lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 novembre 2015, ou au contraire si le statu quo sine vel ante était rétabli à ce moment-là. aa) Dans ses appréciations médicales des 25 janvier 2016 et 6 mars 2017, le Dr F. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a estimé que, s'il était possible de considérer dans un premier temps que la chute du 3 novembre 2015 avait

- 16 - entraîné une aggravation passagère d'une affection de base sans relation avec l'accident, tel n'était plus possible par la suite dans la mesure où le facteur externe constaté par l'IRM des 30 novembre 2015 et 9 septembre 2016 – soit une discopathie L4-L5 – était devenu prédominant. Il a dès lors retenu que le statu quo sine vel ante était atteint au 3 décembre 2015 (cf. appréciation médicale du 25 janvier 2016), respectivement à fin 2015 (cf. appréciation médicale du 6 mars 2017). Quoiqu'en dise le recourant, aucun élément objectif au dossier ne vient contredire les appréciations du Dr F. _____. En effet, si par certificat médical LAA du 31 décembre 2015, le Dr Z. _____ indiquait que les causes des lombalgies de son patient étaient l'accident du 3 novembre 2015 et les éléments ressortant de l'IRM du 30 novembre 2015, à savoir la discopathie L4-L5 et la lyse isthmique L5, il n'a plus fait état dudit accident dans son rapport intermédiaire LAA du 6 février 2017, retenant uniquement le diagnostic de « lombalgies sur discopathie L4-L5 ». Le Dr Z. _____ admet ainsi implicitement que les lombalgies sont en relation de causalité avec la discopathie et non avec l'événement du 3 novembre 2015. Le rapport complémentaire du Dr Z. _____ du 29 mai 2017, produit par le recourant en cours de procédure, ne lui est à cet égard d'aucun secours. En effet, le Dr Z. _____ se limite à indiquer que la chute du 3 novembre 2015 a entraîné chez le recourant des lombalgies consécutives et inaugurales, soit que la chute a été la cause – à tout le moins partiellement – de lombalgies, ce qui a été admis par le Dr F. _____, et partant par l'intimée, pour la période allant jusqu'en décembre 2015. Il ne ressort cependant pas du rapport complémentaire du 29 mai 2017 que le Dr [...] ait conclu que les lombalgies présentées par le recourant dès septembre 2016 étaient également consécutives à la chute du 3 novembre

2015. bb) Les appréciations du médecin-conseil de l'intimée sont en outre confirmées par la jurisprudence fédérale concernant les lombalgies post-traumatiques (cf. consid. 3f supra). Les IRM réalisées les 30 novembre 2015 et 9 septembre 2016 ont certes mis en évidence une discopathie L4-L5, sans révéler toutefois d'indice en faveur d'une origine

- 17 - traumatique de la lésion. A cet égard, il y a lieu de se référer au rapport médical du 31 décembre 2015 du Dr Z._____, lequel a relevé que son patient avait déjà souffert par le passé de troubles similaires. Or, selon la jurisprudence, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. cc) Le recourant soutient en outre que rien n'indique que les douleurs ressenties en 2016 aient pour origine une malformation congénitale de la vertèbre L5, précisant que c'était uniquement suite à sa chute qu'il avait ressenti de vives douleurs. Il sied tout d'abord de rappeler que, conformément à la jurisprudence, la preuve de la disparition du lien de causalité ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident (cf. consid. 3e supra). On observe au surplus que le raisonnement du recourant repose pour l'essentiel sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc » (cf. consid. 3d supra), lequel est insuffisant pour conclure à la réalisation d'un lien de causalité. En effet, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident. dd) Dans un dernier moyen, le recourant invoque le principe de la bonne foi en ce sens qu'il estime qu'il était légitimé à penser que les traitements litigieux seraient pris en charge par l'intimée. Il soutient notamment à cet égard qu'il aurait eu une conversation téléphonique avec un collaborateur de l'intimée en septembre 2016, lors de laquelle il lui aurait été indiqué que les traitements seraient pris en charge s'ils étaient bien en lien avec l'accident du 3 novembre 2015. Le dossier constitué ne contient toutefois aucune note interne prouvant l'existence d'un tel entretien téléphonique, de sorte que le recourant, supportant l'échec du fardeau de cette preuve, ne saurait en tirer aucun droit. En tout état de cause, l'existence ou non d'une

- 18 - conversation téléphonique n'a aucune influence sur l'issue de la présente procédure, en l'absence de lien de causalité naturelle entre les traitements litigieux et l'accident du 3 novembre 2015. c) En définitive, faute d'éléments médicaux objectifs susceptibles d'ébranler l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée, il convient de se rallier à la position de celle-ci et de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 3 novembre 2015 et les troubles présentés par le recourant au dos a cessé d'être réalisé au plus tard à la fin décembre 2015, de sorte que l'intimée était légitimée – par la décision sur opposition litigieuse – à refuser de prendre en charges les frais des traitements relatifs à ces lombalgies. Par conséquent, il importe peu de savoir si les troubles au dos présentés par le recourant en septembre 2016 étaient ou non dus à une rechute, l'obligation de prêter de l'intimée ayant cessé en décembre 2015. 6. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA ; art. 4 al. 3 TFJDA [tarif vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. N'obtenant pas gain de cause, et étant demeuré non assisté, le recourant n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205). Par ces motifs, la Cour des

assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté.

- 19 - II. La décision sur opposition rendue le 25 avril 2017 par T._____ est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : Le greffier :

Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : -

U._____, - T._____ SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).
Le greffier :

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