

VD_GERICHTE ZA17.039850 vom 6. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.039850

FR: VD_GERICHTE ZA17.039850 du 6 novembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.039850 del 6 novembre 2018

Erwägungen

E. 25

septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit. 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGa, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure

- 13 - extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. 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 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3 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

- 14 - rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). 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). 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 (TFA U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3). c) 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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2 ; 129 V 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C_560/2015 du 29 avril 2016 consid. 3.1). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 115 V 403 consid. 4a ; 107 V 173 consid. 4b ; TF 8C_235/2014 du 19 février 2015 consid. 4.2.1). 5. a) En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à

- 15 - distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C_216/2009 du 28 octobre 2009 consid. 2 et les références). b) Selon 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 TF 8C_314/2011 du 12 juillet 2011 consid. 7.2.3 ; 8C_416/2010 du 29 novembre 2010 consid. 3.3 et 8C_679/2010 du 10 novembre 2010 consid. 3.3). 6. a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009, consid. 2.1 et les

autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins

- 16 - constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c, 105 V 156 consid. 1 ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006, consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007, consid. 2.1). b) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis 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 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1, 125 V 351 consid. 3a ; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). c) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les

- 17 - renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en œuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. 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 (cf. TF U 316/06 du 6 juillet 2007, consid. 3.1.1). 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). 7. En l'occurrence, il ne fait pas de doute que l'assuré présentait des atteintes au niveau des lombaires et des cervicales de nature dégénérative à la date de l'accident. L'ensemble des documents médicaux au dossier le confirme au même titre d'ailleurs qu'il confirme que l'accident n'a pas entraîné de lésions organiques. En particulier, l'IRM lombaire du 21 juillet 2015 a révélé une discopathie avec protrusion postéro-médiane engendrant un rétrécissement canalaire ainsi qu'une discopathie en L4-L5 et L5-S1, tandis

que l'IRM cervicale du 29 septembre 2015 a montré un bombement discal en C4-C5 et C5-C6 et des rétrécissements foraminaux aux niveaux C3-C4 droit, C4-C5 et C6-C7 gauche. Quant au Dr D. _____, il a diagnostiqué des lombalgies avec troubles dégénératifs étagés avec un canal lombaire étroit (cf. rapport du 8 octobre 2015). L'avis du Dr J. _____, selon lequel l'accident du 15 juillet 2015 serait à l'origine de ces lésions, doit être écarté. En effet, cet événement ne peut être considéré, au regard de son déroulement et des circonstances, d'une importance particulière et propre à entraîner une lésion structurelle, singulièrement à causer la hernie lombaire ou le début

- 18 - de hernie cervicale (bombement discal) que présente le recourant. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale, tels qu'une chute libre d'une hauteur importante, un saut de 10 mètres de hauteur, une chute avec port de charges, un télescopage à grande vitesse (cf. TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2), l'événement traumatique du 15 juillet 2015 était modéré puisqu'il s'agissait d'une chute, à hauteur d'homme, sur les fesses et le dos. Il convient également de relever que le dossier ne fait pas mention d'un mouvement brusque à hauteur du rachis cervical (tel un coup du lapin), ni d'un effort purement axial, mais d'une chute d'une faible hauteur (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1). Il convient par conséquent d'admettre avec le Dr B. _____, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la symptomatologie dorsale est en lien avec des lésions dégénératives, la présence de facteurs extra-somatiques étant également probable. En l'absence de lésion anatomique imputable à l'événement accidentel du 15 juillet 2015, il est possible que l'état dégénératif de la colonne lombaire et cervicale du recourant a été aggravé par l'accident. Le Dr B. _____ a fixé à six mois et demi le statu quo sine et a été confirmé dans cette estimation par le Dr F. _____. Sur ce point, le recourant n'a produit aucun avis médical contraire susceptible de justifier les douleurs dorsales persistant à plus de deux ans et demi d'une banale chute sur les fesses. Aussi n'existe-t-il aucune raison de s'écarter des conclusions de ces praticiens, lesquelles sont conformes à la pratique médicale entérinée par la jurisprudence (consid. 5b supra). Dans ce contexte, que la sténose présentée par le recourant soit de grade B (sténose modérée) ou de grade C (sténose sévère) est sans pertinence (cf. réplique du 26 janvier 2018), puisque son origine dégénérative n'est pas à charge de l'assurance-accidents. 8. a) Le recourant attribue également les céphalées dont il se plaint à l'accident du 15 juillet 2015. D'après lui, il présente des maux de tête constants depuis cet événement, de même que des migraines ophtalmiques (céphalées aiguës violentes précédées d'une aura visuelle

- 19 - accompagnées de nausées et parfois de vomissements, à raison d'un à deux épisodes par semaine). En l'occurrence, tant le Dr B. _____ que le Dr Z. _____, dont l'avis du 25 janvier 2018 a été produit par l'assuré dans le cadre de recours, s'entendent pour admettre qu'il a subi un traumatisme cranio-cérébral léger lors de l'événement accidentel en cause. Il n'y a pas lieu de s'écarter de ce diagnostic, étant néanmoins souligné que le certificat médical LAA du Dr J. _____, consulté par l'assuré le 17 juillet 2015, ne fait pas état d'un tel traumatisme. b) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (voir ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Il faut alors d'une part que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites ait été dûment attestée par des renseignements médicaux fiables, et d'autre part que le tableau clinique typique d'un tel traumatisme soit présent (savoir des maux de tête

diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression, modification de la personnalité et multiples plaintes) pour qu'un lien de causalité naturelle puisse être retenu entre l'accident et l'incapacité de travail. A cet égard, le rapport médical immédiatement postérieur à l'accident établi par le Dr J. _____ fait mention de douleurs au dos et aux lombaires. En particulier, il ne rapporte aucune plainte telles que maux de tête, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité accrue, troubles de la vue, irritabilité, altération de la sensibilité, dépression ou modification de la personnalité. Ce n'est que le 1er septembre 2015 qu'il est fait état d'une perte de connaissance au

- 20 - moment de l'événement du 15 juillet 2015, lors de la consultation du Dr Q. _____, les vomissements étant quant eux évoqués par le Dr J. _____ le 4 mars 2016 pour la première fois. Aussi, quand bien même les médecins consultés par l'assuré évoquent un traumatisme crânio-cérébral léger, l'événement en cause ne permet pas à lui seul de tenir le lien de causalité naturelle pour établi, d'autant qu'il est constant que 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 (raisonnement « post hoc ergo propter hoc »). c) En tout état de cause, même si la causalité naturelle était réalisée, la question pouvant rester ouverte en l'état, la causalité adéquate ne le serait pas. Selon la jurisprudence déjà citée au considérant 6b supra, il y a lieu de s'en tenir à une méthode spécifique pour examiner le lien de causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral (consid. 7 à 9 de l'ATF 134 V 109). Par ailleurs, le Tribunal fédéral n'a pas modifié les principes qui ont fait leur preuve, à savoir la nécessité, d'une part, d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et, d'autre part, d'inclure, selon la gravité de l'accident, d'autres critères lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10.1). Cependant, il a renforcé les exigences concernant la preuve d'une lésion en relation de causalité naturelle avec l'accident, justifiant l'application de la méthode spécifique en matière de traumatisme de type « coup du lapin » (consid. 9) et modifié en partie les critères à prendre en considération lors de l'examen du caractère adéquat du lien de causalité (consid. 10). Ces critères sont désormais formulés de la manière suivante : • les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; • la gravité ou la nature particulière des lésions ; • l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ;

- 21 - • l'intensité des douleurs ; • les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; • les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes; • l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). 9. En l'occurrence, l'assuré s'est tapé l'occiput au montant de la portière de sa voiture, alors qu'il se relevait après avoir ramassé des documents tombés au sol. En présence d'un choc à la tête mineur et banal, on doit admettre qu'il s'agit d'un accident de

peu de gravité. Compte tenu des pièces au dossier, il n'est pas retenu que l'assuré aurait chuté sur la tête en tombant, ce qu'il n'allègue d'ailleurs pas. Même si cet événement devait être classé à la limite du cas de moyenne gravité, il faut constater que l'accident n'a été ni dramatique, ni impressionnant. Les lésions sont inexistantes (aucune contusion à la tête n'a été constatée). Le traitement par ostéopathie et la prise d'une médication homéopathique ne sont a priori ni pénibles, ni spécifiques. Il n'y a pas eu d'erreur médicale, et il n'existe ni difficulté, ni complications. Quant à l'intensité des douleurs, elle est alléguée mais difficilement objectivable. En conclusion, les critères devant conduire à retenir un lien de causalité adéquate ne sont pas réunis. Or en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité

- 22 - particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité puisse être admis (ATF 129 V 407 consid. 4.4.1 ; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR, vol. XIV, 2ème édition, 2007, ch. 91 et les références). Il a été par exemple jugé que trois critères remplis sans intensité particulière ne suffisaient pas pour admettre la causalité adéquate (TF 8C_321/2010 du 29 juin 2010, 8C_89712009 du 29 janvier 2010, consid. 4.5 et 8C_421/2009 du 2 octobre 2009, consid. 5.8, avec références). Dès lors qu'ici les critères ne sont pas remplis, on retiendra qu'il n'y a pas rapport de causalité adéquate entre l'accident assuré et les céphalées dont se plaint le recourant, après la fin des prestations le 31 janvier 2016. 10. En retenant que le recourant a souffert d'une commotion cérébrale légère accompagnée éventuellement d'une distorsion cervicale simple et d'une contusion rachidienne banale, en l'absence de lésions structurelles (sinon des altérations dégénératives), avec un rétablissement du statu quo sine six mois et demi de l'événement accidentel, l'intimée n'a pas violé le droit. Au vu de ces constatations, les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose, par appréciation anticipée des preuves (ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 ; 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. arrêts 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). En particulier, le recours à une imagerie cérébrale ne paraît pas de nature à apporter un éclairage différent de la situation, étant au demeurant relevé qu'aucun des médecins consultés par le recourant n'a jugé utile de procéder à un tel examen, pas même le Dr J. _____ qui s'est contenté d'évoquer l'utilité d'un examen cérébral par CT-scan pour la première fois dans un rapport du 3 mars 2016. 11. En définitive, il y a lieu de rejeter le recours, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse.

- 23 - 12. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il ne sera pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué de dépens au recourant, dès lors qu'il n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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