

VD_GERICHTE ZA19.018963 vom 31. August 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-08-31, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.018963

FR: VD_GERICHTE ZA19.018963 du 31 août 2020

IT: VD_GERICHTE ZA19.018963 del 31 agosto 2020

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de

- 9 - l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, l'objet de la contestation est défini par la décision sur opposition entreprise, laquelle met un terme aux prestations au 1er juin 2018. La conclusion de l'intéressé tendant à la reconnaissance de son dommage, même si elle devait être considérée comme la réclamation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI), n'est pas recevable, cette question n'étant pas évoquée dans la décision sur opposition attaquée, sortant ainsi du cadre de l'objet de la contestation et n'ayant quoi qu'il en soit pas été contestée au stade de l'opposition.

E. 3

Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, sont applicables au cas d'espèce. En effet, selon le ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), seules les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 sont encore régies par l'ancien droit.

E. 4

a) 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. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. 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,

- 10 - 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). c) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

- 11 - 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. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et réf. cit.). e) 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 (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et les 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

- 12 - 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 et la référence citée ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2). 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 ; TF 8C_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées).

E. 5

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), 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

- 13 - opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances 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 permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et réf. cit. ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 6

a) En l'espèce, l'intimée a nié le droit du recourant à des prestations au-delà du 1er juin 2018, considérant que les troubles persistants au niveau de la nuque après cette date n'étaient plus en relation de causalité avec l'accident du 20 mars 2018. S'agissant des troubles déclarés à l'épaule, aucun lien de causalité n'était établi. La CNA s'est fondée, d'une part, sur les appréciations de la Dre F. _____ des 23, 26 et 31 octobre 2018 ainsi que, d'autre part, sur l'appréciation neurochirurgicale de la Dre X. _____ du 20 février 2019.

- 14 - b) On relèvera à titre liminaire que la version des faits de l'assuré s'agissant du déroulement de l'accident n'a cessé d'évoluer. Si l'employeur a d'abord évoqué, dans la déclaration d'accident du 19 avril 2018, des douleurs au dos, il a rectifié sa déclaration dans un courriel ultérieur en indiquant que l'assuré avait été touché à l'épaule droite. L'assuré a quant à lui précisé, dans un formulaire complété le 3 mai 2018 en italien, qu'il s'était « cogné » l'épaule droite contre des palplanches. Ce n'est qu'à l'occasion d'un entretien du 24 août 2018 qu'il a indiqué avoir heurté un DIN métallique avec le côté droit de sa tête. L'assuré n'avait pourtant jamais évoqué un tel choc auparavant, que ce soit en remplissant le formulaire destiné à décrire l'événement litigieux ou lors des nombreuses consultations auprès des différents médecins. En application de la jurisprudence (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a), il y a donc lieu de retenir la première version que l'assuré a donnée à plusieurs reprises, à savoir qu'il s'est cogné l'épaule droite. c) L'accident, tel que décrit par le recourant à l'occasion de ses premières déclarations, peut dès lors être qualifié d'événement d'importance mineure. Le fait de se cogner l'épaule ne revêt en effet pas l'importance nécessaire qui permettrait de conclure à l'origine traumatique d'une hernie discale, conformément aux critères jurisprudentiels exposés ci-dessus (cf. consid. 4e). La première radiographie de l'épaule droite réalisée le 22 mars 2018 au Centre médical Q. _____ n'a révélé aucun problème, tandis que l'IRM du 28 mars 2018 a mis en évidence des sténoses foraminales dégénératives des cervicales C3 à C6. La Dre F. _____ a ainsi constaté que l'événement n'a pas causé de lésion structurelle chez l'assuré, de sorte que les douleurs présentées sont liées à des troubles dégénératifs. Elle en a conclu que l'événement accidentel a seulement aggravé de manière passagère un état dégénératif préexistant, estimant que les douleurs encore présentes au-delà de deux mois après l'accident ne sont plus en lien de causalité avec celui-ci. Ce délai apparaît justifié au vu de l'importance mineure de l'accident survenu le 20 mars 2018.

- 15 - Si, dans un premier temps, le Dr D. _____ a indiqué que l'assuré a présenté la symptomatologie de cervico-brachialgie après son accident alors qu'il n'en souffrait apparemment pas avant, il a toutefois ajouté qu'il ne trouvait pas d'argument permettant de conclure à une origine traumatique de la hernie discale. Il a ainsi conclu que l'apparition et l'exacerbation de la symptomatologie après l'accident étaient survenues dans un contexte dégénératif cervical préexistant (rapport du 29 novembre 2018). Son appréciation confirme ainsi celle de la Dre F. _____. L'appréciation neurochirurgicale de la Dre X. _____ du 20 février 2019 vient encore appuyer l'avis de la Dre F. _____. La neurochirurgienne a en effet considéré que l'incident du 20 mars 2018 n'avait pas pu provoquer une hernie discale, au vu de l'événement tel que survenu et de l'absence de lésions structurelles détectées à l'IRM du 28 mars 2018. Les autres éléments médicaux au dossier ne permettent au demeurant pas de mettre en doute les appréciations des médecins d'arrondissement de la CNA. Ainsi, l'appréciation de Dre S. _____ du 4 décembre 2018 selon laquelle le mécanisme de l'événement pouvait évoquer une radiculopathie par étirement relève plus de la supposition que de l'appréciation médicale objectivée. Elle est au demeurant contredite par divers éléments médicaux au dossier ; ni l'IRM cervicale initiale ni le Dr D. _____ n'ont fait état de radiculopathie. L'examen de la Dre S. _____ a de surcroît été réalisé près de huit mois après l'accident, alors que l'assuré avait déjà subi une opération de sa hernie discale. Ses constatations doivent donc être appréciées avec toute la réserve qui s'impose. Alors que, dans son précédent rapport du 4 décembre 2018, la Dre S. _____ concluait à l'origine traumatique des douleurs de l'assuré, elle a finalement concédé dans son dernier rapport du 11 avril 2019 que les troubles cervicaux étaient dégénératifs et que la hernie discale était préexistante. Ce changement d'opinion suffit à affaiblir son appréciation. En outre, son constat selon lequel les cervico-brachialgies se sont

- 16 - développées après l'événement accidentel, qu'elle qualifie de mineur, ne suffit pas à justifier l'existence d'une atteinte d'origine accidentelle, en vertu de l'interdiction du raisonnement post hoc ergo propter hoc (cf. consid. 4d ci-dessus). Un événement mineur ne revêt en outre pas l'importance nécessaire pour causer une hernie discale (cf. consid. 4e). L'appréciation de la Dre S. _____ n'est de surcroît pas suffisamment étayée médicalement, notamment s'agissant de l'augmentation de la taille de la hernie consécutivement à l'accident. Rien au dossier ne permet en effet de l'attester. Elle ne précise pas davantage les raisons médicales qui lui permettent de conclure à l'existence d'un lien de causalité entre les symptômes et l'accident pour six mois au moins. Cette appréciation doit au demeurant être prise en considération avec prudence, celle-ci émanant d'un médecin traitant enclin à toute l'empathie qu'il se doit d'avoir envers son patient. Le rapport du 8 mai 2019 du Dr J. _____ n'est également pas suffisamment étayé pour venir mettre en doute les appréciations des Drs F. _____, D. _____ et X. _____. Ce médecin se limite à affirmer que la hernie discale est clairement la conséquence de l'accident, sans toutefois le justifier. Son argument selon lequel l'assuré n'a jamais consulté auparavant pour de telles douleurs et que ses douleurs sont apparues à la date de l'accident se fonde exclusivement sur le raisonnement post hoc ergo propter hoc, lequel est insuffisant pour établir un lien de causalité naturelle avec l'accident. Le Dr B. _____, dans son rapport du 3 septembre 2019, limite également son analyse à ce raisonnement. d) Il n'existe en définitive aucun élément de nature à jeter le doute sur les constatations des Dres F. _____ et X. _____ sur lesquelles l'intimée s'est fondée pour rendre sa décision sur opposition du 27 mars 2019. Elle était donc légitimée à mettre un terme à ses prestations au 1er juin 2018.

E. 7

a) Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition confirmée.

- 17 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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