

VD_GERICHTE ZA21.034487 vom 22. November 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-11-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.034487

FR: VD_GERICHTE ZA21.034487 du 22 novembre 2021

IT: VD_GERICHTE ZA21.034487 del 22 novembre 2021

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).

- 7 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile compte tenu des fêtes d'été (art. 60 al. 1 et 38 al. 4 let. b LPGA) 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

Le litige porte sur le point de savoir si c'est à bon droit que la CNA a refusé de prendre en charge la rechute annoncée le 9 février 2021.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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, 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).

- 8 - 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). 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. 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 les références citées). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes

- 9 - 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 affection 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 les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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 les références citées ; TF 8C_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4). d) On précisera encore que selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération 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 (TF 8C_560/2020 du 10 juin 2021 consid. 2.4 ; TF 8C_810/2019 du 7 septembre 2020 consid. 3.3.2 et les références). 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

(RAMA 2000 n° U 378

- 10 - consid. 3, n° U 379 consid. 2a ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 4 et TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3).

E. 4

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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. 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 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_204/2019 du 12 mai 2020 consid. 5.2). b) Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 11 -

E. 5

En l'espèce, le recourant soutient pour l'essentiel que dans la mesure où son médecin traitant, le Dr L. _____, fait état d'une origine post-traumatique à sa hernie, en contradiction avec l'appréciation du Dr P. _____, il y aurait lieu de compléter l'instruction par la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. Il est admis que le recourant présente une atteinte radiculaire C7 droite. Cela étant, rien ne justifie d'écarter l'avis du Dr P. _____ au profit de celui du Dr L. _____, pour plusieurs raisons. En premier lieu, le Dr P. _____ ne s'est pas contenté d'étudier le dossier du recourant, mais l'a reçu, et examiné le 20 mai 2021. Dans ce cadre, le Dr P. _____ a résumé son dossier, listé ses plaintes, puis a procédé à une appréciation du cas, en tenant compte de tous les éléments du dossier. C'est sur cette base que le Dr P. _____ a estimé qu'en ce qui concernait l'étiologie des troubles, il ne faisait aucun doute que préexistait à l'accident du 18 juin 2020 une pathologie discale importante pluri-étagée, sans laquelle l'événement accidentel du 18 juin 2020 n'aurait pu provoquer les troubles qu'il avait entraînés. Il a précisé en outre que si les cervico-scapulalgies étaient apparues immédiatement après l'événement accidentel, les brachialgies droites en relation avec la hernie discale C6-C7 n'étaient survenues que plus tardivement, ce qui rendait la relation de causalité entre l'événement accidentel et la hernie

discale possible mais non probable ou certaine. Par contre, selon le Dr P. _____ les cervico- scapulalgies initiales étaient en relation de causalité certaine avec l'accident. Il découle de ce qui précède que le rapport du Dr P. _____, clair, bien étayé et rédigé en pleine connaissance de cause, remplit les réquisits jurisprudentiels permettant de lui reconnaître une pleine valeur probante. Quant au Dr L. _____, il ne motive pas son appréciation, laquelle se fonde au demeurant pour l'essentiel sur le principe post hoc ergo propter hoc, étant toutefois rappelé que le seul fait que des

- 12 - 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 mais qu'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 (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du

E. 10

décembre 2018 consid. 3.1). Ainsi, le fait que l'assuré était un sportif et qu'il n'ait jamais souffert de trouble dans la colonne cervicale n'est pas déterminant pour l'issue du présent litige. Cela étant, le Dr L. _____ relève bien que l'assuré présentait en 2016 et 2017 de la cervicarthrose C5-C6 et C6-C7, ce qui rejoint l'avis du Dr P. _____, selon lequel l'étiologie de la pathologie discale pluri- étagée préexistait à l'accident du 18 juin 2020. A cela s'ajoute que dans son rapport produit à l'appui du recours, du 1er août 2021, le Dr L. _____ n'a pas fait état d'éléments nouveaux par rapport à son appréciation enregistrée le 22 mars 2021 par la CNA, dans laquelle il posait déjà le diagnostic de hernie discale C6 post-traumatique. En d'autres termes, le Dr P. _____ avait connaissance de l'appréciation du médecin traitant lorsqu'il a examiné l'assuré, le 20 mai 2021, puis a rendu son rapport. Comme indiqué ci-dessus, la situation qui prévaut ici n'est pas celle dans laquelle l'intimée se serait fondée sur l'appréciation de l'un de ses médecins fondée uniquement sur l'étude du dossier, l'assuré ayant au contraire bien été examiné par le Dr P. _____ (cf. consid. 4 let. b). Pour le surplus, si le Dr Q. _____ a certes indiqué de façon succincte que la rechute n'était pas en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident (cf. avis du 26 mai 2021), cela l'a été sur la base de l'examen – probant – du Dr P. _____. Au terme du bilan neurologique pratiqué, le Dr P. _____ a en effet mis en évidence une limitation très modérée de la mobilité de la nuque. A l'examen des membres supérieurs, il a retrouvé une atteinte radiculaire C7 droite caractérisée par une aréflexie tricipitale et un léger déficit d'extension de l'avant-bras. L'électroneuromyogramme a confirmé l'existence d'une atteinte radiculaire C7 droite, d'aspect subaigu à chronique. L'IRM cervicale du 1er février 2021 a mis en évidence des troubles dégénératifs disco-vertébraux pluri-étagés C4-C7 avec, aux niveaux C4-C5 et C5-C6, une protrusion discale circonférentielle et, au niveau C6-C7, une hernie discale paramédiane et latérale droite

- 13 - comprimant la racine C7 droite. En accord avec une sanction chirurgicale telle que proposée par le Dr J. _____, retenant que les troubles trouvaient leur explication dans une atteinte radiculaire C7 et secondairement à la présence d'une hernie discale, le Dr P. _____ a estimé que « la relation de causalité entre la hernie discale [était] possible mais non probable ou certaine ». Pour le reste, faute d'éléments médicaux autres que l'existence de la hernie discale paramédiane et latérale droite comprimant la racine C7 droite mise en évidence à l'IRM cervicale du 1er février 2021, il n'y a pas lieu de s'écarter de la jurisprudence constante rendue en matière de hernie discale (cf. consid. 3d supra), la chute n'ayant pas revêtu une importance particulière, ni été de nature à entraîner une lésion

du disque intervertébral. Il suit de là que l'intimée était fondée à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles déclarés le 9 février 2021 ne sont pas en relation de causalité naturelle pour le moins probable avec l'accident du 18 juin 2020. 6. Finalement, il y a lieu d'admettre que l'administration de preuves supplémentaires – en particulier la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire – ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent et qu'il peut ainsi y être renoncé (appréciation anticipée des preuves : cf. ATF 144 II 427 consid. 3.1.3, 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). 7. a) Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui 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.