

VD_GERICHTE ZA22.044396 vom 19. März 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-03-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA22.044396

FR: VD_GERICHTE ZA22.044396 du 19 mars 2024

IT: VD_GERICHTE ZA22.044396 del 19 marzo 2024

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.

- 10 -

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations des suites de l'événement du 24 septembre 2021 avec effet au 20 mai 2022.

E. 3

Dans un grief de nature formelle qu'il convient d'examiner en premier lieu, le recourant se plaint d'une violation de son droit d'être entendu, respectivement d'un déni de justice, au motif que la problématique de son genou n'aurait pas été instruite. a) Un tel grief doit être examiné en priorité, s'agissant d'une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143 IV 380 consid. 1.4.1). A cet égard, la jurisprudence a déduit du droit d'être entendu (art. 29 al. 2 Cst. [Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101]), en particulier, le droit de chacun de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 142 II 218 consid. 2.3 ; 141 V 557 consid. 3.1 et les références citées ; TF 9C_751/2018 du 16 avril 2019 consid. 2.2). b) En l'occurrence, le moyen soulevé par le recourant s'agissant de l'atteinte au genou se confond avec celui de violation du principe inquisitoire (art. 43 LPGA) et doit être examiné avec le fond du litige. A toutes fins utiles, on relèvera à ce stade que l'on ne discerne quoi qu'il en soit pas le « déni de justice » allégué, pas plus que la violation du droit d'être entendu. Le recourant a au demeurant pu faire valoir ses moyens dans le cadre d'un double échange d'écritures devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui dispose d'un plein pouvoir d'examen (ATF 145 I 167 consid. 4.4 ; 142 II 218 consid. 2.8.1 ; 137 I 195 consid. 2.3.2). Ainsi, une

hypothétique violation de son droit d'être entendu devrait en tous les cas être considérée comme réparée.

- 11 -

E. 3.2

et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). cc) 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

- 13 - (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). 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_746/2018 du 1er avril 2019 consid. 3.3 ; 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.3 ; 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.3). La jurisprudence a retenu, en se référant à l'état actuel des connaissances médicales, qu'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 (TF 8C_164/2019 du 6 mars 2020 consid. 5.2.2 ; TF 8C_746/2018 précité consid. 3.2). c) 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

- 14 - 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). 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 la référence citée ; 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. 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) aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un

- 12 - rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). bb) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid.

E. 5

En l'espèce, le recourant fait pour l'essentiel valoir que sa situation n'est pas stabilisée, et que ses déclarations au Dr J. _____ ont été mal comprises. Il reproche en outre à l'intimée de ne pas avoir instruit la problématique relative à son genou droit. En l'occurrence, l'intimée s'est fondée sur l'appréciation du Dr S. _____ du 2 mai 2022, selon laquelle l'accident n'a pas occasionné de lésion structurelle pouvant lui être attribué, chez un assuré qui présentait des atteintes dégénératives avant la chute, et a cessé de déployer ses effets après six mois. Ce médecin a constaté que les imageries révélaient l'existence d'un canal lombaire étroit dégénératif,

- 15 - que l'accident avait passagèrement décompensé. Le Dr P. _____, qui a eu connaissance de tous les éléments médicaux versés au dossier postérieurement à l'appréciation du Dr S. _____, partage le même avis. En effet, après avoir pris en compte tous les éléments du dossier, le Dr P. _____ a retenu, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'événement du 24 septembre 2021 n'a pas créé de nouvelle atteinte, en particulier discale, chez un assuré qui présentait une sténose lombaire acquise, ancienne, sévère, essentiellement et majoritairement osseuse sur discopathies dégénératives multiples. Selon le Dr P. _____, un tel état attendait « tout événement fut-il le plus bénin » pour être révélé et c'est ce qui s'était produit lors de l'accident du 24 septembre 2021. Cet événement a aggravé de façon temporaire une situation déjà sévère. A l'instar du Dr S. _____, le Dr P. _____ a estimé que l'accident a cessé ses effets au plus tard après six mois, soit fin mars 2022, ce qui était du reste confirmé par l'IRM du 31 mars 2022. Le recourant ne soutient pas, à juste titre, que les critères jurisprudentiels pour admettre l'origine traumatique d'une atteinte intervertébrale sont réalisés. Les pièces du dossier ne permettent pas de retenir que les atteintes qu'il présente seraient encore en lien avec l'accident. En particulier, il n'est pas fait état d'un accident revêtant une importance particulière, respectivement d'un événement à haute énergie permettant d'expliquer la survenance d'une hernie discale. Il est en outre constant que les IRM mises en œuvre ont montré des troubles dégénératifs au niveau lombaire. Or, comme l'a rappelé l'intimée dans sa décision sur opposition, dans le contexte d'une atteinte dégénérative préexistante, le point déterminant est celui de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent être considérées comme ayant disparu. Le recourant ne peut être suivi lorsqu'il affirme que la situation n'était pas stabilisée lorsque l'intimée a rendu sa décision, au seul motif qu'une amélioration des douleurs pouvait être espérée par des infiltrations. Pour le surplus, on peine à suivre le recourant dans ses explications relatives au fait que le Dr J. _____ n'aurait pas saisi la portée

- 16 - de ses troubles, respectivement la sévérité de ses souffrances. Le recourant était en effet accompagné d'une personne fonctionnant en qualité d'interprète, qui, sur la pièce produite à l'appui de la réplique, dit être un de ses amis très proche. On ne comprend dès lors pas que cette personne ait pu ne pas traduire avec soin les réponses du recourant, en particulier quant à ses douleurs. Il n'en demeure pas moins que les rapports du Dr J. _____, en sus de reposer sur les déclarations de son patient, se fondent sur les imageries, ainsi que sur ses examens cliniques. Or ces pièces successives établissent le caractère dégénératif des atteintes qu'il présente. Quant à la problématique évoquée au

niveau du membre inférieur droit, il faut admettre qu'elle a été examinée par l'intimée. Comme elle l'a rappelé dans sa réponse au recours, les médecins traitants ont mentionné seulement occasionnellement des douleurs au membre inférieur droit et les ont mises en lien avec les problèmes lombaires. L'intimée a cité à cet égard les rapports du Dr G. _____ du 17 février 2022 (pièce 25) et du Dr J. _____ des 20 décembre 2021 (pièce 37) et 5 avril 2022 (pièce 67). Dans ces rapports, il est en effet mentionné des plaintes du patient au niveau du membre inférieur droit, en particulier lors de la consultation du 31 mars 2022. Ainsi, contrairement à ce que semble alléguer le recourant, ses plaintes ont été entendues par les médecins traitants. Il ressort par ailleurs du rapport de consultation du Dr J. _____ du 20 décembre 2021, que ce spécialiste a procédé à un examen clinique du membre inférieur droit mais que ce qu'il a observé n'a pas justifié d'investigation complémentaire. Aucune imagerie spécifique n'a ainsi été réalisée, ni même préconisée. Se fondant sur ces différents rapports, le Dr P. _____ a confirmé que les racines lombaires comprimées chez le recourant expliquaient les douleurs aux genoux et aux hanches (cf. p. 14 du rapport du 9 décembre 2022). Dans ces conditions, il n'y a pas lieu de s'écarter des conclusions des médecins d'arrondissement de la CNA.

- 17 -

E. 6

A titre de mesures d'instruction, le recourant a requis l'audition de deux témoins, ainsi que la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. En supposant qu'elles soient pertinentes, les auditions de témoins requises n'en seraient pas moins superflues, dès lors que le recourant a produit avec ses écritures les témoignages écrits des personnes concernées. Par ailleurs, comme démontré plus avant, les éléments médicaux au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de se prononcer et de renoncer à ordonner un complément d'instruction sous la forme d'une expertise judiciaire. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

E. 7

a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Le recourant ayant été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire, son conseil d'office a droit à une rémunération équitable (art. 122 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272]). Celui-ci a produit une liste d'opérations en date du 31 janvier 2024, faisant état de 18.85 heures consacrées à la présente procédure. S'il convient d'en tenir compte pour fixer l'indemnité, cette liste ne peut toutefois être intégralement suivie. L'activité déployée dépasse en effet ce qu'admet la

- 18 - pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En particulier, les 6 heures 40 consacrées à la rédaction du recours, auxquelles s'ajoutent 4

heures 10 pour préparer la réplique, paraissent excessives, ce d'autant que Me Carré représentait déjà le recourant dans le cadre de la procédure administrative et que l'acte de recours reprend très largement le contenu de ses écritures des 15 juin et 30 septembre 2022 contestant la décision de l'intimée. Certaines opérations doivent en outre être retranchées, dès lors qu'elles ne concernent pas le litige (contacts avec l'assurance-maladie ou l'employeur) ou qu'il s'agit d'opérations de secrétariat (tentatives de joindre par téléphone). Par conséquent, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 15 heures, auxquelles s'applique le tarif horaire de 180 fr., ainsi qu'un forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours. Ces opérations s'étant toutes déroulées avant le 1er janvier 2024, la TVA doit être calculé au taux de 7.7 %. Ainsi, le montant de l'indemnité de Me Carré est arrêté à 3'053 fr. 30, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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