

VS_GERICHTE S2 22 24 vom 16. November 2023

VS Kantonsgericht, 2023-11-16, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 24](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_24)

FR: VS_GERICHTE S2 22 24 du 16 novembre 2023

IT: VS_GERICHTE S2 22 24 del 16 novembre 2023

Regeste

S2 22 24 ARRÊT DU 16 NOVEMBRE 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Garance Klay, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Luc Del Rizzo, avocat, 1870 Monthey 2 contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 36 LAA et 43 LPGA ; statu quo sine/ante, valeur probante)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Remis à la poste le 7 mars 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 3 février 2022 a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA) et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'accident du 2 novembre 2020 au-delà du 31 mai 2021.

E. 2.1

Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, dont les déchirures du ménisque (let. c), pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

E. 2.2

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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'évènement 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

- 10 - 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 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance- accidents obligatoire, 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 (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb). En vertu de l'article 36 alinéa 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). 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 maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 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 rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause

- 11 - à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

E. 2.3

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de

vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert

- 12 - privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès

lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

- 13 -

E. 3

février 2022 confirmée.

E. 3.1

Pour le Dr I _____, l'effort fourni - et non la chute - lors de l'évènement du 2 novembre 2020 avait décompensé des troubles dégénératifs lombaires persistants ; au 20 mai 2021, cet évènement ne jouait néanmoins plus de rôle dans la persistance des plaintes. Par ailleurs, l'ablation d'un corps étranger métallique au poignet gauche n'était pas à charge de la CNA, aucune lésion cutanée n'ayant été décrite lors de l'accident. Cet avis succinct a été complété et corroboré par un second médecin d'arrondissement, en la personne de la Dresse L _____. Dans son rapport du 8 septembre 2021, cette dernière a précisé que la tendinite de De Quervain reflétait une maladie dégénérative ou réactionnelle suite à un stress mécanique et que les facteurs de risque étaient, chez l'assuré, la surutilisation ainsi que l'âge. L'évènement du 2 novembre 2020 avait tout au plus transitoirement aggravé une pathologie malade préexistante (tendinopathie) pour une durée maximale de 2 à 4 mois, soit au plus tard le 2 mars 2021. Pour ce qui était de la lombalgie non déficitaire, l'examen clinique du Dr G _____ n'avait mis en évidence aucune limitation avec uniquement des douleurs L1/L2/L3 à la palpation ainsi qu'un réflexe achilléen D absent et un achilléen G hypo-vif ; le reste de l'examen était dans la norme. A cet examen rassurant, s'ajoutait une IRM lombosacrée du 14 janvier 2021 ne montrant, hormis une discopathie dégénérative étagée de L2 à S1, aucune atteinte ostéo-ligamentaire post-traumatique. Dans ce contexte, l'évènement du 2 novembre 2020 avait transitoirement aggravé une atteinte préexistante sous la forme de troubles dégénératifs multi-étagés lombosacrés pour une durée maximale de six mois, soit au plus tard le 2 mai 2021. Finalement, le corps étranger retiré le 14 avril 2021 était vraisemblablement antérieur à l'accident et, de ce fait, dans lien avec l'accident, l'assuré n'ayant présenté aucune plaie lors de ce dernier (pièce 101 du dossier CNA). La Dresse L _____ a confirmé son appréciation dans son « Appréciation médicale » du 21 mars 2022

E. 3.2

En l'état du dossier, l'analyse détaillée de la Dresse L _____, rendue en connaissance du dossier, apparaît comme fondée et doit être confirmée. En effet, aucun avis médical contraire d'une valeur probante prépondérante ne vient mettre ses conclusions en doute. Contrairement à ce prétend le recourant, le Dr G _____ a, dans son rapport du 20 avril 2021, expressément refusé de prendre position sur le lien de causalité entre les séquelles

résiduelles et l'événement du 2 novembre 2020 ; par

- 14 - contre, force est de constater qu'il a retenu des discrédences entre un examen clinique pleinement rassurant et les importantes plaintes douloureuses rapportées par l'assuré (cf. pièce 46 du dossier CNA). Pour le recourant, qui a souligné ne jamais avoir souffert du dos et du poignet gauche par le passé, la CNA aurait dû retenir l'avis de son médecin traitant. Ce dernier a exprimé, dans son rapport transmis le 15 janvier 2021, que ses constatations lors de l'examen du 15 janvier 2021 concordaient avec l'événement du 2 novembre 2021 et lui semblaient plausibles. Son avis, au demeurant non motivé, est cependant uniquement basé sur un raisonnement post hoc ergo propter hoc lequel est insuffisant pour établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). A l'inverse, le Dr E _____ n'a pas critiqué les appréciations des médecins d'arrondissement ni leur interprétation des imageries. Or, en droit des assurances sociales, la règle du degré de la vraisemblance prépondérante exige que le rapport de cause à effet entre l'accident et la lésion ne soit pas seulement possible mais qu'il apparaisse comme probable (ATF 142 V 435 consid. 1 précité), ce que le Dr E _____ n'a pas été en mesure de démontrer. Il est du reste rappelé que pour faire douter de la fiabilité et de la pertinence d'une appréciation d'un médecin interne à l'assureur social, il ne suffit pas de lui opposer le seul désaccord d'un médecin traitant, dépourvu de toute explication circonstanciée et convaincante. Encore faut-il qu'on puisse également attribuer un caractère probant à l'appréciation du médecin traitant et que celle-ci laisse subsister des doutes suffisants sur la question médicale litigieuse, ce qui n'est en l'occurrence pas le cas (ATF 135 V 465 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_45/2018 du 17 décembre 2018 consid. 5). Aucun autre praticien, notamment ni le Dr J _____, ni le Dr M _____, n'ont finalement fourni des éléments permettant de mettre en doute les conclusions concordantes des médecins d'arrondissement. La situation médicale était dès lors suffisamment claire pour que la CNA puisse rendre sa décision sur opposition sans administrer un autre moyen de preuve (expertise médicale). Dans la même mesure, la Cour de céans peut dorénavant rendre un jugement valable sur la cause sans qu'il ne faille ordonner l'administration d'un autre moyen de preuve, à l'instar d'une expertise telle que souhaitée par le recourant (appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1, 144 II 427 consid. 3.1.3 et 141 I 60 consid. 3.3).

- 15 - Le Tribunal soulignera encore que, s'agissant de l'opération au poignet gauche, c'est à juste titre que les médecins d'arrondissement et l'intimée ont souligné qu'aucune blessure en lien avec l'introduction d'un morceau métallique n'avait été constatée lors de l'évènement du 2 novembre 2020, ce qui corrobore l'absence de tout lien de causalité avec cette intervention. Pour le surplus, aucune fracture ou autre lésion d'origine accidentelle n'a été relevée aux IRM (cf. le rapport d'IRM du Dr D _____ du 12 novembre 2020), seuls des éléments d'ordre dégénératifs/maladifs ayant été relevés (noyau d'ossification, petits kystes, ganglion et arguments parlant en faveur d'une tendinite de De Quervain). S'agissant du dos, les IRM n'ont également pas parlé en faveur d'une lésion accidentelle, mais uniquement de troubles dégénératifs multi-étagés lombosacrés (cf. le rapport d'IRM du Dr D _____ du 26 janvier 2021). Tous ces éléments corroborent l'appréciation de la Dresse L _____ voulant que l'événement du 2 novembre 2020 n'ait fait qu'aggraver transitoirement des pathologies préexistantes, à savoir la tendinopathie pour une durée maximale de 2 à 4 mois, et les troubles dégénératifs multi-étagés lombosacrés, pour une durée maximale de six mois, soit au plus tard le 2 mai 2021.

E. 3.3

Au vu des éléments qui précèdent, aucune raison objective ne justifie de s'écarter de l'avis probant de la Dresse L _____, corroborant la prise de position du Dr I _____.

Pour la Dresse L _____, en date du 2 mai 2021, le recourant avait retrouvé l'état de santé qui aurait été le sien sans l'accident du 2 novembre 2020. Par conséquent, en date du 31 mai 2021, l'intimée pouvait légalement considérer que les lésions somatiques résiduelles du recourant n'étaient plus en relation de causalité naturelle avec son accident du 2 novembre 2020. Il s'ensuit que le recours du 7 mars 2022 est rejeté et la décision sur opposition du

E. 4

La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne contenant pas de disposition spéciale prévoyant la perception de frais judiciaires).

E. 5

Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g LPGA a contrario), ni à l'intimée, laquelle agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4).

- 16 - Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 16 novembre 2023

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