

VS_GERICHTE S2 22 51 vom 11. März 2024

VS Kantonsgericht, 2024-03-11, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 51](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_51)

FR: VS_GERICHTE S2 22 51 du 11 mars 2024

IT: VS_GERICHTE S2 22 51 del 11 marzo 2024

Regeste

S2 22 51 ARRET DU 11 MARS 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Maître Marlyse Cordonier, avocate, Genève contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 6 et 36 LAA ; causalité naturelle, statu quo sine/ante, valeur probante)

Erwägungen

E. 1.1

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 20 juin 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 19 mai précédent 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. 2.1

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 29 mars 2017 pour les suites de l'accident du 17 juillet 2016.

E. 2.2

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.

- 10 - L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

E. 2.3

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 *conditio 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 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,

- 11 - 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 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. 2.4

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

- 12 - 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 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

- 13 - 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 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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).

E. 3.1

Dans le cas d'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 29 mars 2017, au motif que le statu quo avait été atteint à cette date conformément à l'avis de son médecin-conseil. Dans son appréciation du 4 août 2021, complétée le 24 août suivant, le Dr M _____, spécialiste FMH en neurologie et médecin-conseil auprès du N _____, a en effet estimé que l'intéressé ne présentait plus de troubles attribuables à l'accident du 17 juillet 2016 et ce depuis le 29 mars 2017, date de l'examen neuropsychologique réalisé par le Dr E _____ et F _____. Il a retenu que le tableau cognitif était d'apparition tardive, qu'il était susceptible de motiver des doutes quant à son organicité et que les déficits neuropsychologiques de l'assuré ne sauraient être attribués à la seule lésion sous-arachnoïdienne séquellaire à l'accident. Le recourant soutient quant à lui, en se fondant sur l'avis de son médecin-traitant, la Dresse C _____, ainsi que sur la seconde expertise du Prof. G _____, que les troubles cognitifs dont il souffre se seraient manifestés déjà peu après l'accident, qu'ils se seraient aggravés avec la reprise, respectivement l'augmentation, de son activité professionnelle et qu'ils seraient toujours en lien de causalité avec l'accident du 17 juillet 2016. L'intimée a choisi de régler le cas d'assurance du recourant en se basant principalement sur l'avis de son médecin-conseil, sans recourir à une expertise externe (art. 44 LPGA)

- 14 - autre que celle qui a été établie par le Prof. G _____ dans le cadre de la révision du cas de l'assuré par l'OAI et qui ne traite pas formellement de la question de la causalité (cf. infra consid. 3.3). Dès lors, selon la jurisprudence rappelée ci-dessus (cf. supra consid. 2.4), l'appréciation des preuves doit répondre à des exigences strictes et des doutes, mêmes minimes, quant à la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, exigent de procéder à des investigations complémentaires.

E. 3.2

A la lecture du dossier, il appert que, dans son appréciation du 4 août 2021, le Dr M _____ a pris en compte l'ensemble des rapports établis par les spécialistes ayant suivi l'assuré suite à l'accident du 17 juillet 2016. En revanche, il n'a, dans un premier temps, pas fait état des rapports émanant de la Dresse C _____, médecin-traitant de l'intéressé, émis dans les suites de l'accident (cf. pièces 19, 20 et 21). Or, dans un rapport du 26 août 2016, soit un peu plus d'un mois après l'accident, la Dresse C _____ relevait déjà que son patient présentait des céphalées, des vertiges ainsi que des troubles de la concentration (cf. pièce 19). Cette praticienne a par la suite confirmé la persistance des vertiges et des

céphalées (cf. rapport du 28 octobre 2016, pièce 20) ainsi que des troubles de la concentration (cf. rapports des 19 janvier 2017 [pièce 21] et 15 septembre 2021). Ce n'est que dans son appréciation complémentaire du 3 janvier 2022 que le Dr M _____ a reconnu que la Dresse C _____ avait fait état de difficultés de concentration dans son rapport du 26 août 2016. Il a toutefois estimé qu'après cette date, cette praticienne avait relevé uniquement des vertiges et des céphalées, qui avaient été jugés compatibles avec un vertige paroxystique positionnel bénin, excluant ainsi une apparition immédiate des troubles cognitifs chez l'assuré. S'il est vrai que le Dr D _____ ne mentionne pas non plus de troubles de la concentration dans son rapport du 19 octobre 2016 et que l'assuré lui-même n'en fait pas état dans sa demande de prestations AI du 26 janvier 2017, cela n'en demeure pas moins en contradiction avec les rapports de la Dresse C _____ susmentionnés. Si la jurisprudence admet que les médecins traitants, de par le lien de confiance qui les unit à leurs patients, trancheront dans le doute plutôt en faveur de ces derniers, le Dr M _____ n'indique toutefois pas pour quelle raison cela aurait été le cas en l'espèce. A cela s'ajoute que le Dr M _____ se contente d'affirmer que les déficits neuropsychologiques présentés par l'intéressé ne sauraient être attribués à la seule lésion sous-arachnoïdienne séquellaire à l'accident du 17 juillet 2016, sans pour autant donner d'explications quant à l'origine desdits déficits. A cet égard, la Dresse I _____ a noté, dans son rapport du 23 janvier 2020, une aggravation des

- 15 - troubles cognitifs chez l'intéressé dans le contexte de la reprise de son activité professionnelle, respectivement de l'augmentation de son temps de travail. Or, le Dr M _____ a considéré que les performances obtenues par l'assuré lors des tests neuropsychologiques n'avaient rien à voir avec la situation au poste de travail, sans toutefois se prononcer sur la littérature topique relevée par l'intéressé (SCHNIDER/ANNONI, et alii., Symptomatologie après le traumatisme d'accélération cranio- cervicale [coup du lapin, whiplash-associated disorder], in : Bulletin des médecins suisses/Schweizerische Arztleistung 2001 p. 288 s.) selon laquelle il est précisément possible que des troubles de la mémoire ou de la concentration soient constatés seulement lors de la reprise professionnelle ou lors de l'augmentation du temps de travail, comme l'a attesté la Dresse I _____. Au vu de ces développements, une pleine valeur probante ne saurait ainsi être reconnue à l'avis interne du Dr M _____.

E. 3.3

S'agissant du Prof. G _____, il ressort de l'expertise du 2 février 2021 que ce dernier a posé les diagnostics de traumatisme crâniocérébral de juillet 2016 avec saignement sous arachnoïdien et juxtaparenchymateux, après une crise épileptique unique d'origine indéterminée, ainsi que, de façon séquellaire, de syndrome de fatigue associé à des troubles de la concentration/attention/mnésique, sans autre atteinte cognitive. Cependant, ce spécialiste, mandaté par l'OAI dans le cadre de la révision du cas de l'intéressé et non par la CNA, ne s'est pas formellement prononcé sur la question de l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant et l'accident du 17 juillet 2016, ni sur le degré de vraisemblance d'un tel lien. Le Prof. G _____ n'a pas non plus établi le moment auquel les troubles cognitifs présentés par l'intéressé étaient apparus, se contentant de retenir que l'état de ce dernier paraissait séquellaire avec une persistance de petites lésions cicatricielles bien objectivées à l'IRM réalisé en 2020 et que ces lésions étaient suffisantes pour expliquer la persistance d'un syndrome de fatigue cognitive (pièce 49, p. 9). Or, cette lecture de l'imagerie réalisée en 2020 diffère en tous points de celle du Dr M _____.

_____, qui a estimé que la séquelle millimétrique objectivée sur l'IRM de 2020 n'était pas susceptible d'expliquer une perte cognitive. Par ailleurs, il ressort du dossier qu'aucun autre spécialiste n'a traité de la question de la causalité entre l'accident du 17 juillet 2016 et les troubles présentés par l'intéressé.

E. 3.4

Ainsi, en l'état du dossier, la Cour de céans constate que l'instruction médicale est insuffisante et contradictoire, que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique et qu'un doute subsiste quant au lien de causalité naturelle entre l'accident

- 16 - du 17 juillet 2016 et les atteintes cognitives présentées par le recourant au-delà du 29 mars 2017. La CNA aurait dû remédier à son instruction lacunaire et ne pouvait pas attendre du Tribunal qu'il la complète à sa place. Partant, il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sur le plan neurologique conformément à ce qui précède, et mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique indépendante, puis nouvelle décision sur ce point, sans qu'il n'y ait lieu de donner suite, dans la présente cause, aux autres moyens de preuves requis par le recourant, respectivement par l'intimée (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

E. 4.1

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

E. 4.2

Aux termes de l'article 61 lettre g LPGA, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). Eu égard à ce qui précède, X _____ a obtenu gain de cause en l'espèce. Il a ainsi droit à une pleine indemnité pour les dépens, qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimée (art. 61 let. g LPGA, art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1, 40 al. 1 et 46 al. 2 LTar). Compte tenu du travail utile de Me Marlyse Cordonier, laquelle a rédigé un recours, une détermination et un courrier, le tout accompagné d'environ 70 pièces, dans un dossier de difficulté moyenne, la Cour fixe l'indemnité à un montant forfaitaire de 2000 fr., débours et TVA compris. Prononce 1. Le recours est admis et le dossier renvoyé à la CNA pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise neurologique indépendante et nouvelle décision au sens du considérant 3. 2. Il n'est pas perçu de frais. 3. La CNA versera à X _____ une indemnité de 2000 francs pour ses dépens. Sion, le 11 mars 2024

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