

200.2014.339.LAA

CHA/BEJ

Tribunal administratif du canton de Berne
Cour des affaires de langue française

Jugement du 18 mai 2015

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
A. de Chambrier, greffier



A. _____
représenté par Me B. _____

recourant

contre

SUVA Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
Fluhmattstrasse 1, case postale 4358, 6002 Lucerne

intimée

relatif à une décision sur opposition de cette dernière du 7 mars 2014

En fait:

A.

A. _____, né en 1954, a notamment exercé la profession de plâtrier. A ce titre, il était assuré, par son employeur, auprès de la SUVA pour les accidents professionnels et non professionnels.

Par déclaration de sinistre du 3 avril 2012, son employeur a annoncé à la SUVA que l'assuré avait été victime d'un accident de voiture le 29 mars 2012, qui lui avait occasionné des lésions de type entorse/torsion à la colonne cervicale. Suite à cet accident, l'assuré a subi une période d'incapacité de travail entière, puis partielle (50%), avant de reprendre une activité professionnelle à plein temps dès le 13 août 2012. Le cas a été pris en charge par la SUVA (dossier [dos.] SUVA 2.66377.12.6).

B.

Par déclaration d'accident du 24 mai 2013, ce même employeur a annoncé à la SUVA que, le 17 mai 2013, l'assuré avait heurté de la tête un élément d'échafaudage sur son lieu de travail, puis était tombé de sa hauteur. Suite à cet événement, le médecin traitant de l'assuré a attesté une capacité [recte: incapacité; voir recours art. 1 et 7 et dos. SUVA 2.66708.13 doc. 48 p. 2 et 51 p. 4] de travail de 100% du 17 mai au 2 septembre 2013, de 50% du 3 au 29 septembre 2013 et de 75% dès le 30 septembre 2013. L'accident a été pris en charge par la SUVA. Le 5 septembre 2013, se fondant notamment sur une prise de position de son médecin-conseil du 23 août 2013, la SUVA a mis fin au versement des prestations à partir du 17 septembre 2013, au motif que l'état de santé de l'assuré était tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine), tout en retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

C.

Suite à l'opposition formée le 16 septembre 2013 par l'assuré, la SUVA, après avoir rassemblé divers documents médicaux et obtenu une appréciation médicale de son médecin-conseil, a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 7 mars 2014.

D.

Le 7 avril 2014, l'assuré, par l'intermédiaire d'un avocat, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite des frais et dépens, à son annulation et à la reprise du versement des prestations d'assurance avec effet rétroactif au 17 septembre 2013.

Par mémoire de réponse du 18 juin 2014, la SUVA a conclu au rejet du recours. Dans sa réplique du 10 juillet 2014, l'intéressé, par son représentant, a confirmé les conclusions de son recours. Le 8 septembre 2014, la SUVA a renoncé à dupliquer et produit, à la demande de la Juge instructrice, son dossier relatif à l'accident du 29 mars 2012. Le 22 septembre 2014, le recourant, par son mandataire, a renoncé à la formulation de nouvelles observations. Le 14 octobre 2014, l'avocat du recourant a présenté sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 7 mars 2014 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 16 septembre 2013, rendue par l'intimée en date du 5 septembre 2013. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux

prestations au-delà du 16 septembre 2013. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 17 mai 2013 et les troubles dont souffre encore le recourant.

1.2 Interjeté en temps utile, dans les formes prescrites, auprès de l'autorité de recours compétente, par une partie disposant de la qualité pour recourir et représentée par un mandataire dûment constitué, le recours est recevable (art. 56 ss de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, LPGA, RS 830.1, et art. 15 et 74 ss de la loi cantonale du 23 mai 1989 sur la procédure et la juridiction administratives, LPJA, RSB 155.21).

1.3 Le jugement de la cause incombe à la Cour des affaires de langue française du TA dans sa composition ordinaire de trois juges (art. 54 al. 1 let. c et 56 al. 1 de la loi cantonale du 11 juin 2009 sur l'organisation des autorités judiciaires et du Ministère public, LOJM, RSB 161.1).

1.4 Le TA examine librement la décision contestée et n'est pas lié par les conclusions des parties (art. 61 let. c et d LPGA; art. 80 let. c ch. 1 et 84 al. 3 LPJA).

2.

2.1 En principe, les prestations de l'assurance-accidents obligatoire sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, LAA, RS 832.20). L'assurance-accidents obligatoire n'alloue des prestations que s'il existe un lien de causalité à la fois naturelle et adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 177 c. 3.1 et 3.2; SVR 2012 UV n° 2 c. 3.1).

2.2 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 ou le décès n'est que partiellement imputable à l'accident. Si un accident aggrave ou même révèle une prédisposition malade, l'assureur-accidents

peut refuser ses prestations uniquement si l'accident ne représente pas la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, à savoir lorsque cette dernière ne procède plus que, et exclusivement, de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas si l'assuré recouvre un état (maladif) de santé soit tel qu'il existait juste avant l'accident (*statu quo ante*), soit tel qu'il serait advenu tôt ou tard, fatalement, en fonction de l'évolution de la prédisposition malade (*statu quo sine*; SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2; RAMA 1994 p. 326 c. 3b). De même qu'en ce qui concerne l'existence du lien de causalité naturelle à la base de l'obligation de prestations, la cessation de l'influence causale des origines accidentelles d'une atteinte à la santé doit être établie avec une vraisemblance prépondérante, degré de preuve usuel en droit des assurances sociales. La simple possibilité d'une disparition totale des effets d'un accident ne suffit pas. Comme il s'agit là d'un fait susceptible de supprimer le droit aux prestations, le fardeau de la preuve en incombe – contrairement à la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle fondant l'obligation de prêter – non pas à la personne assurée, mais à l'assureur-accidents (SVR 2011 UV n° 4 c. 3.2).

2.3 En droit de l'assurance-accidents, il est un fait médicalement avéré que pratiquement toutes les hernies discales apparaissent en présence de modifications dégénératives des disques intervertébraux et ne résultent qu'exceptionnellement et dans des conditions particulières d'événements accidentels. Pour qu'une hernie discale puisse être considérée comme étant due principalement à un accident, il faut que l'accident ait été d'une gravité particulière, qu'il ait été à même de provoquer une lésion d'un disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) soient apparus sans délai après l'accident, provoquant aussi immédiatement une incapacité de travail. Dans de tels cas, l'assureur-accidents est, d'après la jurisprudence également, tenu de prendre à sa charge les rechutes et les éventuelles opérations qui s'ensuivent (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3).

Si la hernie discale n'a été qu'activée par le traumatisme sur un substrat dégénératif préexistant, et non pas causée par l'accident lui-même, l'assurance-accidents n'est tenue de prendre en charge que les conséquences du syndrome douloureux en rapport immédiat avec

l'accident subi. D'après l'état actuel des connaissances médicales, le *statu quo sine* en cas de lombalgies et lomboischialgies post-traumatiques est en général atteint trois ou quatre mois après l'accident, tandis qu'une éventuelle aggravation doit être établie radiologiquement et se démarquer de l'évolution usuelle due à l'âge. Une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant cliniquement stable de la colonne vertébrale doit être en général considérée comme terminée après six à neuf mois, mais au plus tard après un an (SVR 2009 UV n° 1 c. 2.3.1 et 2.3.2).

2.4 Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge des assurances sociales doit, quelle que soit leur provenance, examiner l'ensemble des moyens de preuve de manière objective et décider s'ils permettent de trancher la question des droits litigieux de manière sûre. En particulier, le juge ne saurait statuer, en présence de rapports médicaux contradictoires, sans avoir examiné l'ensemble des preuves disponibles et sans indiquer les motifs qui le conduisent à retenir un avis médical plutôt qu'un autre (SVR 2010 IV n° 58 c. 3.1; VSI 2001 p. 106 c. 3a).

2.5 Les rapports et expertises émanant de médecins internes aux assureurs ont valeur probante, pour autant qu'ils apparaissent concluants, soient motivés de façon compréhensible, soient dépourvus de contradictions et qu'il n'existe pas d'indices contre leur fiabilité. Le seul fait que le médecin interrogé soit dans un rapport de subordination avec l'assureur ne permet pas déjà de conclure à un manque d'objectivité ou à une (apparence de) prévention. Il en va de même lorsqu'un médecin est appelé de façon répétée à effectuer des expertises pour le compte d'une assurance (SVR 2008 IV n° 22 c. 2.4).

2.6 Selon la jurisprudence, les expertises réalisées sur la seule base du dossier ne peuvent être remises en doute si les pièces au dossier fournissent une image complète de l'anamnèse, de l'évolution et du status actuel et si ces données sont incontestées. Les résultats des examens doivent être exhaustifs. L'expert doit être en mesure de se faire, sur la base des documents à disposition, une image complète et exhaustive (RAMA 2006 p. 170 c. 3.4, 1988 p. 366 c. 5b).

2.7 L'administration en tant qu'autorité de décision et le juge, en cas de recours, ne peuvent considérer un fait comme établi que lorsqu'ils sont convaincus de son existence. En droit des assurances sociales, pour autant que la loi n'en dispose pas autrement, le juge doit fonder sa décision sur les faits qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de l'existence d'un fait ne suffit pas. Le juge doit bien plus retenir les éléments qui, parmi les faits possibles, lui paraissent les plus probables (ATF 138 V 218 c. 6).

3.

3.1 L'intimée, en s'appuyant sur le rapport de son médecin d'arrondissement du 3 mars 2014 prenant également en considération l'accident du 29 mars 2012, estime que l'accident du 17 mai 2013 a tout au plus aggravé de manière passagère l'état antérieur. Selon elle, la symptomatologie présentée par le recourant au-delà du 16 septembre 2013 est donc à mettre sur le compte d'un état antérieur malade et dégénératif des cervicales préexistant.

Le recourant conteste l'appréciation médicale ainsi faite et affirme, en se fondant notamment sur les rapports de ses médecins traitants (généraliste et chirurgien orthopédique), que l'accident du 17 mai 2013 est la cause naturelle et adéquate des douleurs encore ressenties à la nuque, qui n'existaient pas auparavant et dont rien n'établit qu'elles seraient aussi survenues sans l'accident.

3.2 Dans son rapport du 3 mars 2014, le médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine intensive et en médecine interne générale, qui avait déjà évalué brièvement le cas le 23 août 2013, a retenu que, le 29 mars 2012, le recourant avait été victime d'un accident de voiture et que, le 17 mai 2013, ce dernier, sur un chantier, avait heurté une barre métallique avec son front, puis était tombé de sa hauteur. Il a relevé que chacun de ces événements avait occasionné des lésions de type contusion/entorse de la colonne cervicale, mais pas de lésion structurelle, telle qu'une fracture. Il a souligné que les IRM du 5 avril 2006 et du 8 juillet 2013, ainsi que les radiographies du 26 août 2013 avaient objectivé un état

maladif dégénératif arthrosique de la colonne cervicale accompagné, dans ce cadre, de hernies discales cervicales multi-étagées. Selon lui, ces atteintes malades expliquent le tableau clinique présenté par le recourant. Il a conclu qu'un statu quo sine pouvait être prononcé au 17 septembre 2013 au plus tard et qu'au-delà de cette date (quatre mois après l'accident; voir évaluation du 23 août 2013), les troubles qui affectaient le recourant (notamment les douleurs à la nuque, les céphalées et les irradiations douloureuses scapulaires) étaient en relation de causalité pour le moins probable avec les atteintes malades et dégénératives de la colonne cervicale.

3.3 Le rapport du 3 mars 2014 précité se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assuré et repose sur un exposé clair des faits. Le médecin précité a pris en compte les éléments essentiels au dossier, qu'il a encore fait compléter avant d'élaborer son avis final; ses conclusions sont bien étayées, s'avèrent logiques et concluantes et ne laissent pas apparaître d'éléments permettant de soupçonner des contradictions intrinsèques ou des lacunes lors de la genèse du rapport. En outre, le recourant n'allègue pas et aucun indice ne révèle que le dossier serait lacunaire et que celui-ci empêcherait le médecin d'arrondissement de se faire une image complète du cas. Les conditions permettant de réaliser une expertise sur la seule base du dossier, sans avoir vu le patient, sont donc remplies. Le rapport du 3 mars 2014 satisfait donc aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.5 et 2.6 ci-dessus) et revêt une valeur probante entière.

Le seul avis divergent au dossier, à savoir celui du médecin généraliste traitant l'assuré, du 8 octobre 2013, ne saurait à lui seul remettre en question cette appréciation. En effet, dans cet écrit, le généraliste se limite à affirmer que l'assuré "souffre encore beaucoup des douleurs causées par l'accident qui a causé les hernies discales C4/5 et C6/7 et la protrusion C5/6" et que le statu quo sine ne peut pas être atteint. Il n'étaye cependant aucunement ses allégations, qui sont par ailleurs en contradiction avec son rapport du 27 mai 2012, dans lequel il avait déjà diagnostiqué une hernie discale C4/5. En outre, dans son rapport du 5 avril 2006, le radiologue, qui avait réalisé une IRM pour une suspicion de hernie discale C7 droite, avait

déjà constaté l'existence d'une hernie discale médio-latérale droite au niveau C4/5 accompagnée d'une spondylose dorsale avec impression du sac dural et de la moelle, ainsi qu'une légère protrusion discale au niveau C5/6 et C6/7. Ces éléments révèlent donc que des lésions à la colonne cervicale étaient déjà présentes avant l'accident du 17 mai 2013 (et même avant celui du 29 mars 2012). Par ailleurs, on ne saurait négliger le fait que le médecin généraliste traitant, eu égard à la relation de confiance qu'il entretient avec son patient, aura plutôt tendance dans le doute à favoriser ce dernier (ATF 125 V 351 c. 3b/cc). De plus, et contrairement à ce que soutient le recourant dans sa réplique du 10 juillet 2014, le spécialiste en chirurgie orthopédique qui le suit n'indique pas dans son rapport du 30 août 2013 que l'accident du 17 mai 2013 constituerait la cause des hernies discales C4/5 et C6/7, mais relève au contraire l'existence d'une dégénérescence discale C5-C7. Le fait qu'il mentionne que, suite à cet accident, le recourant est en incapacité de travail en raison de douleurs aux cervicales ne contredit en rien les conclusions du rapport du médecin d'arrondissement du 3 mars 2014. Ce dernier, qui a également constaté l'existence d'un état dégénératif de la colonne cervicale, n'a pas nié que l'accident en cause avait pu engendrer une aggravation de l'état maladif existant conduisant à une incapacité de travail. Enfin, la hernie C6/6 mentionnée par le recourant (recours art. 1) n'est aucunement étayée médicalement et doit correspondre à la hernie C6/7.

3.4 L'argument du recourant voulant qu'il n'avait pas de douleurs à la nuque avant l'accident du 17 mai 2013, appuyé par l'écrit du 30 août 2013 de son chirurgien orthopédique traitant qui indiquait que l'assuré souffrait de douleurs aux cervicales depuis ce dernier accident, ne lui est d'aucun secours. Le simple fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit, en effet, pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "*post hoc, ergo propter hoc*" pas déterminant: ATF 119 V 335 c. 2b/bb; SVR 2008 UV n° 11 c. 4.2.3).

3.5 De plus, à l'instar de l'intimée, il convient de relever que les conditions permettant exceptionnellement de retenir qu'une hernie discale est principalement due à un accident ne sont pas remplies (voir c. 2.3 ci-

dessus et TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 c. 3.3). En effet, même en retenant la version de l'accident du 17 mai 2013 rapportée par le généraliste traitant, d'un heurt violent de la tête contre un échafaudage dans un mouvement de bas en haut, on ne peut pas considérer, dans les présentes circonstances, qu'il s'agit d'un accident d'une gravité particulière. Selon la déclaration de sinistre du 24 mai 2013, l'assuré a repris le travail, certes brièvement, dans les minutes qui ont suivi l'accident et n'a consulté son médecin généraliste que le 21 mai 2013 (dos. SUVA 02.66708.13.0 doc. 10; dans son appréciation du 3 mars 2014, le médecin d'arrondissement indique une visite à 24 heures de l'évènement, mais sans que cela ne soit attesté au dossier). Aucune lésion structurelle de type fracture, aucune commotion cérébrale ou perte de connaissance n'a été diagnostiquée ou invoquée. La plaie à la tête et la chute de sa propre hauteur ressortant de la déclaration précitée ne suffisent pas à en faire un accident particulièrement grave susceptible de blesser un disque intervertébral. Le même constat d'absence de gravité peut d'ailleurs être fait concernant l'accident de voiture du 29 mars 2012, si bien que l'on peut exclure que les lésions aux cervicales en cause soient principalement dues à l'accident de voiture précité. Dans ce cadre, la question d'une éventuelle rechute ne se pose pas (voir c. 2.3 ci-dessus).

3.6 En conséquence, en se fondant sur les arguments du médecin d'arrondissement, qui s'appuie sur l'IRM du 8 juillet 2013 et qui invoque la gravité de l'atteinte malade dégénérative, on peut admettre que le statu quo sine était atteint quatre mois après l'accident du 17 mai 2013. A ce titre, il convient de relever que les problèmes aux cervicales s'étaient déjà manifestés avant les accidents de mars 2012 et mai 2013, l'IRM réalisée en avril 2006 ayant été effectuée en raison d'une suspicion de hernie discale C7 et ayant conduit aux diagnostics de hernie discale C4/5 et de protrusion discale C5/6 et C6/7.

4.

Ainsi, l'intimée a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 17 mai 2013 ne constitue qu'une cause révélatrice de l'atteinte

à la santé d'origine malade du recourant et que cet accident, à tout le moins dès le 17 septembre 2013, n'est plus la cause naturelle de la symptomatologie douloureuse persistante évoquée par le recourant, le statu quo sine étant atteint à ce moment-là. C'est donc à bon droit que l'intimée a mis fin aux prestations (qu'elle a versées sans réduction jusqu'au 16 septembre 2013, conformément à l'art. 36 al. 1 LAA), avec effet dès le 17 septembre 2013.

5.

5.1 Au vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté.

5.2 Il n'est pas perçu de frais de procédure (art. 61 let. a LPGA).

5.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni au recourant qui n'obtient pas gain de cause, ni à l'intimée; l'octroi de dépens à un assureur pratiquant l'assurance-accidents obligatoire rendrait le principe de la gratuité illusoire (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 127 V 205 c. 3a, 126 V 143 c. 4a; RAMA 1990 p. 195).

Par ces motifs:

1. Le recours est rejeté.

2. Il n'est pas perçu de frais de procédure, ni alloué de dépens.

3. Le présent jugement est notifié (R):

- au mandataire du recourant,
- à l'intimée,
- à [...],
- à l'Office fédéral de la santé publique.

La présidente:

Le greffier:

Voie de recours

Dans les 30 jours dès la notification écrite de ses considérants, le présent jugement peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public auprès du Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne, au sens des art. 39 ss, 82 ss et 90 ss de la loi fédérale du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral (LTF, RS 173.110).