

200.2015.149.LAA

DEJ/BEJ

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

Jugement du 29 août 2016

Droit des assurances sociales

C. Meyrat Neuhaus, présidente
M. Moeckli et C. Tissot, juges
J. Desy, greffier



A. _____
représentée par **B.** _____

recourante

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 12 janvier 2015

En fait:

A.

Par déclaration d'accident du 13 mai 2013, l'entreprise active dans la fabrication et le commerce d'appareils, meubles et matériaux de construction employant, à 50%, A. _____, née en 1967, comme conseillère technique, a annoncé à la SUVA que sa collaboratrice avait été victime d'un accident de ski (croisement des skis ayant provoqué une chute) le 1^{er} avril 2013. Cet accident lui avait occasionné une contusion du poignet droit, du genou droit et du dos. Le cas a été pris en charge par la SUVA. Suite à cet événement, le médecin généraliste traitant de l'assurée a diagnostiqué un syndrome lombo-sacré D1/D2/D5. Une IRM réalisée le 19 août 2013 a mis en évidence une ostéochondrose active en L4/5 avec hernie discale circulaire plus prononcée au niveau médian et une légère hernie discale en L5/S1 sans compression des nerfs.

B.

Le 24 septembre 2014, se fondant notamment sur une prise de position de son médecin d'arrondissement du 28 août 2014 (corrigée le 18 septembre 2014) fixant le statu quo sine six mois après l'accident, la SUVA a mis fin au versement des prestations d'assurance au 31 juillet 2014, tout en retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition.

C.

Suite à l'opposition formée le 10 octobre 2014 par l'assurée, la SUVA a confirmé son prononcé initial par décision sur opposition du 12 janvier 2015.

D.

Le 12 février 2015, l'assurée, par l'intermédiaire d'une avocate, collaboratrice auprès d'une assurance de protection juridique, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, sous suite d'une indemnité équitable à titre de dépens, à son annulation et à la reprise du versement des prestations d'assurance avec effet rétroactif au-delà du 31 juillet 2014.

Par mémoire de réponse du 1^{er} avril 2015, la SUVA (ci-après: l'intimée) a conclu au rejet du recours. Le 28 avril 2015, l'avocate de la recourante a présenté sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 12 janvier 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 31 juillet 2014, rendue par l'intimée en date du 24 septembre 2014. L'objet du litige porte sur l'annulation de cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 31 juillet 2014. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'évènement survenu le 1^{er} avril 2013 et les troubles dont souffre la recourante au-delà du 31 juillet 2014.

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 une mandataire dûment constituée, 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 prester – 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'évènements 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 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves). Il en va de même lorsque l'état de fait qu'une partie entend prouver ne paraît pas juridiquement pertinent (ATF 122 V 157 c. 1d). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale du 18 avril 1999 (Cst., RS 101; ATF 136 I 229 c. 5.3). Le droit à un procès équitable garanti par l'art. 6 § 1 de la Convention européenne du 4 novembre 1950 de sauvegarde des droits de l'homme et

des libertés fondamentales (CEDH, RS 0.101) n'offre pas de protection supplémentaire dans ce contexte (ATF 124 V 90 c. 4b).

3.

3.1 L'intimée, en s'appuyant sur l'avis de son médecin d'arrondissement du 28 août 2014 (corrigé le 18 septembre 2014) conciliable avec le rapport du 9 septembre 2014 du chirurgien orthopédique traitant, estime que l'accident du 1^{er} avril 2013 a tout au plus aggravé de manière passagère l'état antérieur. Selon elle, la symptomatologie présentée par la recourante au-delà du 31 juillet 2014 est donc à mettre sur le compte d'un état maladif et dégénératif du rachis lombaire préexistant. Elle est en outre d'avis qu'aucune autre mesure probatoire n'est nécessaire pour lui permettre de mettre fin aux prestations au 31 juillet 2014, date à laquelle elle avait couvert plus que la durée du traitement fixée à une année même par le chirurgien orthopédique dans son rapport du 9 septembre 2014.

3.2 La recourante conteste l'interprétation de la SUVA du rapport du 9 septembre 2014 de son chirurgien orthopédique. Elle affirme, en se fondant notamment sur ce dernier, que l'accident du 1^{er} avril 2013 reste la cause naturelle des douleurs ressenties (douleurs au niveau du dos), qui n'existaient pas auparavant et dont rien n'établit qu'elles seraient aussi survenues sans l'accident. Elle retient donc au contraire que le statu quo sine n'était pas encore atteint à l'arrêt des prestations et que son chirurgien orthopédique avait fixé une durée de traitement d'une année à partir de la date de son rapport du 9 septembre 2014.

3.3 Il convient donc d'examiner en l'occurrence si, avec une vraisemblance prépondérante, l'évènement assuré du 1^{er} avril 2013 n'avait effectivement, comme l'a retenu l'intimée, plus aucune influence causale sur la symptomatologie dont l'assurée était encore atteinte à partir du 1^{er} août 2014.

4.

4.1 D'un point de vue médical, les éléments suivants ressortent du dossier.

4.1.1 Le médecin généraliste traitant de l'assurée a, à la suite de l'accident du 1^{er} avril 2013 et de sa consultation du 29 avril 2013, diagnostiqué un syndrome lombo-sacré D1/D2/D5 (faute de rapport médical complet en raison du décès du médecin précité, la date précise de ce diagnostic n'est pas connue, la note manuscrite y relative a cependant été reçue par la SUVA le 16 juin 2014; dossier [dos.] SUVA documents [doc.] 32). En raison de douleurs persistantes, une IRM du rachis lombaire et des articulations sacro-iliaques a été réalisée le 19 août 2013 (dos. SUVA doc. 15) qui a montré une ostéochondrose active en L4/5 avec hernie discale circulaire plus prononcée au niveau médian et une légère hernie discale en L5/S1 sans compression des nerfs.

4.1.2 Dans un formulaire très succinct du 19 juin 2014, le médecin d'arrondissement, spécialiste FMH en chirurgie, a diagnostiqué un état maladif dégénératif préexistant aggravé par l'accident du 1^{er} avril 2013. Il a conclu qu'un statu quo sine pouvait être prononcé après six mois à compter de l'accident et qu'au-delà de cette date les troubles qui affectaient la recourante (douleurs au niveau du dos) n'étaient plus dus à l'accident du 1^{er} avril 2013 mais selon une vraisemblance prépondérante à des atteintes malades et dégénératives préexistantes. Le médecin précité a ajouté, dans ce même formulaire, qu'aucune lésion structurelle due à l'accident n'a été relevée. Le 28 août 2014, le même médecin d'arrondissement a conclu, dans son rapport, à la présence d'une pathologie dégénérative préexistante dans la région du rachis lombaire qui, bien qu'asymptomatique, a été aggravée temporairement par l'accident. Il a relevé que, le statu quo sine étant atteint au bout de trois mois (corrigé le 18 septembre 2014 par le statu quo sine étant atteint après six mois), l'accident ne jouait plus aucun rôle dans le tableau clinique de la recourante.

4.1.3 Dans son rapport du 9 septembre 2014, le spécialiste en chirurgie orthopédique traitant a mentionné que la recourante avait fait des progrès (douleurs réduites de moitié) grâce à une infiltration et à la physiothérapie,

mais que les douleurs étaient toujours présentes et qu'une nouvelle infiltration devait être planifiée. A l'encontre de l'avis de la SUVA, il a retenu qu'un droit à un traitement conservateur d'au moins 12 mois devait être accordé à sa patiente avant de parler d'une maladie dégénérative. Il a précisé qu'un état maladif au niveau de la colonne vertébrale préexistait au choc subi le 1^{er} avril 2013.

4.2 Le rapport du 28 août 2014 (corrigé le 18 septembre 2014) du médecin d'arrondissement évaluant l'atteinte du statu quo sine après six mois à compter de l'accident du 1^{er} avril 2013 revêt une valeur probante. L'argument de la recourante selon lequel le dossier ne serait pas suffisamment étoffé pour permettre à ce médecin de se faire une image complète du cas, sans pour autant amener d'indices à ce propos, ne peut être retenu. En effet, le rapport précité est motivé et se fonde sur une connaissance approfondie de la situation médicale de l'assurée dans la mesure où ce même médecin tient compte de tous les avis médicaux et retrace, grâce à eux, l'anamnèse de la recourante. Il repose donc sur un exposé clair des faits en prenant en compte les éléments essentiels au dossier et est en outre absent de contradictions et ce, également vis-à-vis de son premier avis contenu dans le formulaire du 19 juin 2014. Faute d'indices révélant un dossier lacunaire, le TA retient que le rapport du 28 août 2014 satisfait aux exigences jurisprudentielles. Le rapport, même établi sur la seule base du dossier, sans avoir vu la patiente, revêt donc une valeur probante entière (voir ci-dessus c. 2.5).

4.3 L'argument de la recourante voulant qu'elle ne souffrait pas de douleurs au dos avant l'accident du 1^{er} avril 2013, s'appuyant sur l'écrit du 9 septembre 2014 de son chirurgien orthopédique traitant qui indiquait que l'assuré souffrait de douleurs dorsales depuis cet événement, ne peut être retenu. Selon une jurisprudence constante en effet, un raisonnement fondé sur l'adage "post hoc, ergo propter hoc" (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurances sociales et ne saurait être admis comme moyen de preuve (ATF 119 V 335 c. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 21 décembre 2009 c. 3). Sur la base de cette jurisprudence, le seul fait que les douleurs de la recourante aient été

déclenchées par l'accident ne suffit donc pas à établir la persistance de la causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante entre ces dernières et l'accident après la période de six mois à compter de celui-ci fixée par le médecin d'arrondissement.

4.4 La recourante reproche en outre à la SUVA de ne se fonder que sur l'avis du médecin d'arrondissement pour fixer le statu quo sine au 1^{er} août 2014 et non sur l'avis du 9 septembre 2014 du chirurgien orthopédique traitant.

D'emblée, il convient de relever que la SUVA ne s'est pas fondée uniquement sur le rapport du médecin d'arrondissement du 28 août 2014 (corrigé le 18 septembre 2014) pour prendre sa décision sur opposition. En effet, la SUVA s'appuie également sur le rapport du 9 septembre 2014 du chirurgien orthopédique en partant du principe que la date de départ de la durée d'une année du traitement conservateur nécessaire à la recourante, mentionnée dans le rapport précité, correspond à la date de l'accident. Selon la SUVA, le statu quo sine serait donc atteint au plus tard le 1^{er} avril 2014 et, en fixant la cessation des prestations au 31 juillet 2014, elle aurait ainsi couvert une période plus longue que celle d'une année à compter de l'accident. Selon la recourante au contraire, il s'agirait de prendre comme date de départ la date du rapport du chirurgien orthopédique, soit le 9 septembre 2014, date à partir de laquelle débiterait ensuite la durée d'une année relative au traitement nécessaire mentionnée dans le rapport précité.

En l'espèce, la recourante allègue une interprétation large de la durée d'une année mentionnée dans le rapport du 9 septembre 2014 de son chirurgien orthopédique traitant qui ne peut être retenue. En effet, l'on doit raisonnablement comprendre que ce dernier précisait, dans son rapport du 9 septembre 2014, la durée totale qu'il estimait nécessaire pour le traitement conservateur de la recourante, la fixant à une année, après quoi les douleurs ressenties par cette dernière pourraient être attribuées à un état dégénératif préexistant de sa colonne vertébrale. Du reste, une telle durée de traitement, par ailleurs relativement longue, correspond à celle citée dans la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF) fixant la fin d'une aggravation traumatique d'un état dégénératif préexistant de la colonne

vertébrale au plus tard une année après l'accident (voir ci-dessus c. 2.3). Pour établir cette durée maximale, le TF s'est basé sur l'état actuel des connaissances médicales. Or, en l'espèce, le chirurgien orthopédique traitant ne mentionne aucun élément pouvant justifier de retenir une durée plus longue que celle posée par la jurisprudence précitée. Il ne fait en particulier pas valoir que l'accident aurait entraîné une lésion accidentelle; il décrit lui-même qu'il n'a fait que déclencher les douleurs ("Schmerzprovokation"). Les allégations de la recourante quant à sa mauvaise prise en charge à l'origine ne changent en rien ce qui précède. Il s'agit plutôt de relever qu'elle n'a elle-même consulté son médecin généraliste traitant que le 29 avril 2013, soit environ un mois après l'accident, qu'elle a tout de même obtenu des premiers soins conservateurs et que, dès le 19 août 2013, lorsque le diagnostic de hernie discale a été posé, elle a été dirigée auprès de son chirurgien orthopédique traitant. Dès lors, par la prise en charge de la SUVA de 16 mois au total à compter de l'accident, le traitement d'un an préconisé par le chirurgien orthopédique traitant est largement couvert. Ainsi, au plus tard dès la restitution du statu quo sine fixée (en faveur de la recourante) à 16 mois après l'accident, à savoir au-delà du 31 juillet 2014, la pathologie dont souffre encore la recourante doit être considérée comme uniquement malade. Dès lors, si cette pathologie nécessite encore un traitement, ce dernier doit être pris en charge non plus par l'assurance-accidents mais par l'assurance-maladie.

5.

Dès lors, l'intimée a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'accident du 1^{er} avril 2013 ne constitue qu'une cause révélatrice de l'atteinte à la santé d'origine malade de la recourante et qu'on peut exclure que cet accident, à tout le moins dès le 1^{er} août 2014, puisse encore représenter la cause naturelle, même partielle, de la symptomatologie douloureuse persistante évoquée par la recourante, 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 31 juillet 2014, conformément à l'art. 36 al. 1 LAA), avec effet dès le 1^{er} août 2014.

Au vu de ce qui précède, la nécessité d'une expertise ou d'un examen supplémentaires doit être niée. Aucun de ces moyens de preuve supplémentaires n'aurait pour effet de modifier le fait, par ailleurs non contesté, que l'accident n'était pas la cause de la hernie discale, mais seulement le facteur déclenchant les douleurs au dos en présence d'un état dégénératif antérieur. Le statu quo sine fixé largement par la SUVA au plus tard au 31 juillet 2014 l'a été en s'appuyant sur un dossier complet, comprenant des rapports concluants, en tenant compte non seulement de l'avis du médecin d'arrondissement, mais également de celui du chirurgien orthopédique.

6.

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

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

6.3 Il n'y a pas lieu d'allouer de dépens, ni à la recourante 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):

- à la mandataire de la recourante,
- 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).