

200.2015.358.LAA

CHA/BEJ

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

Jugement du 25 avril 2016

Droit des assurances sociales

B. Rolli, président
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 11 mars 2015

En fait:

A.

Par déclaration de sinistre du 28 juin 2012, l'entreprise active dans la fabrication et la commercialisation de jauges et d'instruments de mesure qui a employé de mai à juin 2012 A. _____, né en 1955, en tant que mécanicien, a annoncé à la Suva que son employé, le 28 juin 2012, avait glissé et chuté en arrière dans des escaliers sur son lieu de travail. L'assuré s'est rendu le jour même aux urgences de l'hôpital C. _____. Le médecin, auteur du rapport initial du 24 septembre 2012 concernant les premiers soins, a mentionné comme diagnostic des cervicalgies sur chute. L'assureur-accidents a pris en charge des prestations de soins et d'indemnités journalières.

B.

Par courrier du 29 novembre 2012, la Suva a constaté que l'assuré ne s'était pas rendu à la consultation du médecin d'arrondissement prévue le 28 novembre 2012, et l'a informé que sans nouvelle de sa part jusqu'au 14 décembre 2012, il considérerait sa capacité de travail comme pleine et entière dès le 20 octobre 2012 et rendrait une décision dans ce sens. Le 17 décembre 2012, la Suva a appris du contrôle des habitants de l'ancienne commune de domicile de l'assuré que ce dernier avait définitivement quitté la Suisse pour le Portugal le 30 juillet 2012, sans laisser d'adresse. L'assuré a repris contact avec la Suva le 15 janvier 2013, pour notamment requérir une avance sur ses indemnités journalières. Après avoir reçu de l'assuré deux rapports médicaux, établis au Portugal, et obtenu une prise de position de son médecin d'arrondissement, la Suva, par décision du 18 juin 2014, a mis fin aux prestations (indemnité journalière et frais de traitement) au 27 décembre 2012, estimant que le statu quo sine avait été atteint au plus tard le 28 décembre 2012.

C.

Le 11 mars 2015, la Suva, après avoir obtenu des rapports médicaux supplémentaires de l'assuré et après avoir consulté son médecin d'arrondissement, a rejeté l'opposition formée par l'intéressé, représenté par deux mandataires, avocats à D. _____, contre la décision précitée du 18 juin 2014, en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.

D.

Le 17 avril 2015, l'assuré, par l'intermédiaire d'un nouvel avocat exerçant au Portugal, a interjeté recours contre la décision sur opposition précitée auprès du Tribunal administratif du canton de Berne (TA), en concluant, en substance, à son annulation et à la continuation du versement des prestations d'assurance.

Le 8 mai 2015, le mandataire du recourant, sur demande du Juge instructeur, a fait parvenir au TA une procuration attestant de ses pouvoirs de représentation. Le 30 juillet 2015, le mémoire de réponse de l'intimée du 29 juillet 2015 a été écarté du dossier, celui-ci n'ayant pas été déposé avant l'échéance du terme, reporté au 20 juillet 2015 par ordonnance du 18 juin 2015. Le mandataire du recourant n'a pas réagi à l'ordonnance du 30 juillet 2015 lui impartissant un délai au 17 août 2015 pour produire sa note d'honoraires.

En droit:

1.

1.1 La décision sur opposition du 11 mars 2015 représente l'objet de la contestation; elle ressortit au droit des assurances sociales et confirme la décision de cessation des prestations au 27 décembre 2012, rendue par l'intimée en date du 18 juin 2014. L'objet du litige porte sur l'annulation de

cette décision sur opposition et la poursuite du droit aux prestations au-delà du 27 décembre 2012. Est en particulier litigieuse la question du lien de causalité naturelle entre l'accident survenu le 28 juin 2012 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 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 (art. 4 LPGA). 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 Tout événement est une cause au sens de la causalité naturelle, lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière ou au même moment. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 c. 3.1, 119 V 335 c. 1; SVR 2010 UV n° 30 c. 5.1). Pour admettre un lien de causalité naturelle, il suffit que l'accident en question représente une cause partielle d'une atteinte à la santé déterminée (ATF 134 V 109 c. 9.5, 123 V 43 c. 2b; SVR 2009 UV n° 3 c. 8.3).

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 (ATF 125 V 351 c. 3a; SVR 2015 IV n° 28 c. 4.1).

La valeur probante d'un rapport médical dépend du fait que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Ainsi, ni la provenance du moyen de preuve, ni l'appellation du mandat confié au médecin (rapport ou expertise) ne sont déterminantes pour la force probante d'un tel document (ATF 137 V 210 c. 6.2.2, 134 V 231 c. 5.1, 125 V 351 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). Il faut bien plus des circonstances propres qui laissent apparaître un doute objectif quant à l'impartialité. Eu égard à l'importance considérable qu'un tel rapport médical a en matière de droit des assurances sociales, il convient de poser des exigences sévères s'agissant de l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 c. 3b/ee).

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).

3.

3.1 L'intimée, en s'appuyant sur le rapport de son médecin d'arrondissement du 24 janvier 2014 et de celui de son médecin

d'arrondissement remplaçant du 5 août 2014, estime que l'accident du 28 juin 2012 a aggravé de manière passagère l'état antérieur. Selon elle, les lésions en cause présentées par le recourant au-delà du 27 décembre 2012 sont exclusivement de caractère dégénératif ou maladif.

Le recourant conteste cette appréciation médicale et allègue, en se basant essentiellement sur le rapport d'un spécialiste en médecine physique et réhabilitation, ainsi qu'en médecine sportive, du 10 juillet 2014, que ses troubles sont encore en lien de causalité avec l'accident du 28 juin 2012 et que le statu quo sine n'est donc pas atteint. Le recourant critique en particulier le fait que l'intimée a fondé sa décision sur des rapports vieux de trois ans, qui ont été établis par des médecins qui ne l'ont jamais vu.

3.2 D'emblée, il est permis de relever que le recourant, à juste titre, n'allègue pas que les conditions permettant exceptionnellement de retenir qu'une hernie discale est principalement due à un accident seraient remplies (voir c. 2.3 ci-dessus et TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 c. 3.3 et références). En effet, même en retenant la version de l'accident du 28 juin 2012, d'une glissade dans les escaliers et d'une chute en arrière, on ne peut pas considérer, dans les présentes circonstances, qu'il s'agit d'un accident d'une gravité particulière. Le recourant ne le prétend d'ailleurs pas. Aucune lésion structurelle de type fracture, aucune commotion cérébrale ou perte de connaissance n'a été diagnostiquée ou invoquée. La chute ressortant de la déclaration précitée ne suffit 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 2 avril 2009, tel que rapporté dans le rapport du médecin d'arrondissement remplaçant du 5 août 2014, 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. 2.4 ci-dessus).

3.3 Dans sa prise de position du 24 janvier 2014, le médecin d'arrondissement, spécialiste en médecine intensive et médecine interne générale, a retenu que l'accident du 28 juin 2012 avait causé une contusion/entorse cervicale sans lésion structurelle, telle qu'une fracture. Il a indiqué que le rapport radiologique du 25 février 2013, produit par le

recourant, montrait des atteintes dégénératives malades (arthrose et protrusions discales) qui n'étaient pas d'origine post-traumatique, puisque les critères de Kramer n'étaient pas remplis. Selon lui, ces atteintes ont été aggravées de manière passagère par l'accident du 28 juin 2013 (recte: 2012). Il a proposé de prononcer un statu quo sine à six mois de l'accident précité et a indiqué qu'une convocation chez un médecin de la Suva n'était pas nécessaire à ce stade (dossier [dos.] Suva doc. 39). Dans son rapport du 5 août 2014, le médecin d'arrondissement remplaçant, spécialiste en chirurgie orthopédique, a confirmé le contenu du rapport précité et précisé que le recourant avait subi "une contusion entorse cervicale simple", qu'aucune lésion structurelle n'avait été démontrée et que le scanner du 25 décembre 2012 avait révélé des atteintes dégénératives malades arthrosiques indépendantes de l'événement du 28 juin 2012 (dos. Suva doc. 39 et 52).

3.4 Les médecins susmentionnés ont pris en compte les éléments essentiels au dossier, leurs rapports des 24 janvier et 5 août 2014 précités reposent sur un exposé clair des faits et leurs conclusions sont 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 de leurs rapports. De plus, le recourant n'allègue pas et aucun indice ne révèle que le dossier serait lacunaire et que celui-ci empêcherait les médecins précités 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 (voir c. 2.6 ci-dessus). Les rapports des 24 janvier et 5 août 2014 satisfont aux exigences jurisprudentielles (voir c. 2.4 et 2.5 ci-dessus) et revêtent une valeur probante entière.

En outre, aucun élément médical au dossier ne vient contredire l'appréciation des médecins de la Suva. Les rapports radiologiques des 25 février 2012 et 29 novembre 2013 ne mentionnent pas de lésions structurelles, comme des fractures. Ils font état de diverses pathologies dorsales, telles qu'une protrusion discale C3-C4, une hernie discale C6-C7, une arthrose arthro-apophysaire généralisée, des lésions discrètes d'uncarthroses, une discrète anterolisthesis C5-C6, un phénomène

d'ostéophytose marginale antérieure dans le segment vertébral dorsal et des modifications dégénératives des articulations inter-apophysaires postérieures lombaires (dos. Suva doc. 36 et 51). Dans leurs divers rapports, les autres médecins consultés ne contredisent pas les médecins de la Suva lorsqu'ils retiennent que les atteintes en cause sont d'origine dégénérative. Dans son rapport du 10 juillet 2014, le spécialiste en médecine physique et de réadaptation, ainsi qu'en médecine sportive, consulté par l'assuré au Portugal, ne nie pas tout caractère dégénératif aux lésions en cause (dos. Al doc. 53). Il indique certes qu'il peut exister une relation de causalité entre l'épisode traumatique et le dommage actuel (ibid.), sans toutefois affirmer que cette relation existe dans le cas présent. A elle seule, une telle déclaration ne saurait remettre en question l'appréciation des médecins de la Suva, qui est conforme à la jurisprudence et à l'état actuel des connaissances médicales (voir c. 2.3 ci-dessus), lorsqu'ils retiennent que l'aggravation traumatique de l'état dégénératif préexistant doit être considérée comme terminée après six mois. En outre, et contrairement à ce que semble indiquer le recourant, ni la poursuite d'un traitement thérapeutique, ni une incapacité de travail qui perdure (voir le rapport du 6 février 2015; dos. Suva doc. 56 p. 2) ne donnent d'information sur l'atteinte ou non du statu quo sine. De tels éléments, à eux seuls, ne sauraient donc remettre en question les conclusions des médecins de la Suva. Enfin, rien au dossier ne justifie de critiquer le moment à partir duquel ces derniers ont considéré que ledit statu était atteint, cette durée restant dans le cadre fixé par la jurisprudence (voir c. 2.3 ci-dessus).

3.5 Dans le rapport susmentionné du 10 juillet 2014, invoqué par le recourant, le médecin reprend le contenu des rapports radiologiques précités des 25 février 2012 et 29 novembre 2013 sans les remettre en question, ni poser de nouveaux diagnostics. Le médecin d'arrondissement, sur requête de l'intimée, s'est prononcé le 15 août 2014 sur ce premier rapport, en relevant qu'il ne modifiait pas son appréciation, ni celle du médecin d'arrondissement remplaçant (dos. Suva doc. 54). Les éléments médicaux au dossier permettaient à suffisance de se prononcer sur l'atteinte ou non du statu quo sine et aucun indice ne justifiait la tenue de nouvelles expertises médicales. Le recourant ne peut donc être suivi

lorsqu'il laisse entendre que les rapports sur lesquels s'est fondée l'intimée seraient trop anciens.

3.6 Le recourant fait également valoir une violation des art. 105 al. 1 et 106 al. 2 LAA, en invoquant que l'intimée s'est rendue coupable d'un déni de justice formel. Ces dispositions, telles que citées par le recourant dans son recours, ne sont plus en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003, respectivement le 1^{er} janvier 2007 (RO 2002 3371 et 2006 2197 1069). Au demeurant, le recourant n'explique pas et le TA ne voit pas en quoi les éléments constitutifs d'un déni de justice formel seraient en l'espèce remplis (sur cette notion, voir notamment ATF 135 I 6 c. 2.1, 117 la 116 c. 3a, 114 V 145 c. 3a). Par ces allégués, il fait bien plus valoir que l'autorité aurait retenu arbitrairement les faits en se basant sur les rapports de médecins qui ne l'ont pas vu, alors qu'elle aurait dû se fonder sur les rapports médicaux plus récents, qui retenaient, selon lui, que les lésions actuelles étaient encore en relation de causalité avec l'accident en cause. Cette argumentation ne saurait être suivie. Comme déjà mentionné, la Suva était en l'espèce en droit de se baser sur des expertises établies sur la seule base du dossier et aucun rapport médical ultérieur aux rapports des médecins de la Suva ne conclut à l'existence d'un lien de causalité entre les lésions actuelles et l'accident, le rapport du 10 juillet 2014 ne faisant que mentionner la possibilité d'un tel lien (au surplus, voir c. 3.4 ci-dessus).

3.7 En conséquence, la SUVA était en droit d'admettre, en se fondant sur les avis du médecin d'arrondissement et de son remplaçant, qui s'appuient essentiellement sur le rapport radiologique du 25 février 2013, que le statu quo sine était atteint six mois après l'accident du 28 juin 2012. A ce titre, il convient de relever que selon le rapport du médecin d'arrondissement du 5 août 2014, des lésions dégénératives aux cervicales avaient déjà été mises en évidence en juillet 2009.

4.

Ainsi, l'intimée a établi, au degré de la vraisemblance prépondérante (ATF 138 V 218 c. 6), que l'accident du 28 juin 2012 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 28 décembre 2012, 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 avec effet dès le 28 décembre 2012.

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 (art. 61 let. a et g LPGA; ATF 128 V 124 c. 5b, 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 recourant, par son mandataire,
 - à l'intimée,
 - à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP),
 - à [...].

Le président:

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).