

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 19 avril 2010

---

Présidence de M. DIND  
Juges : MM. Bidiville et Berthoud, assesseurs  
Greffier : M. Simon

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à Chailly, recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée, représenté par Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey.

---

**Art. 6 al. 1 et 36 al. 1 LAA; art. 11 OLAA**

**E n f a i t :**

**A.** D.\_\_\_\_\_ (ci-après: l'assuré) travaillait en qualité de chauffeur-livreur pour l'entreprise R.\_\_\_\_\_ SA. A ce titre, il était assuré pour les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 24 août 2007, dans le cadre de son activité professionnelle, l'assuré a reçu sur la tête une plaque métallique montée sur des vérins hydrauliques. Le 31 août 2007, souffrant de cervico-scapulalgies droites irradiant dans le dos, il est allé consulter le Dr V.\_\_\_\_\_, médecine générale FMH à Vevey et médecin traitant de l'assuré, qui a prescrit un traitement médicamenteux et attesté un arrêt de travail. Le cas a été pris en charge par la CNA, qui a versé les prestations légales.

A la suite notamment d'un séjour de l'assuré à la clinique romande de réadaptation à Sion du 16 janvier au 12 février 2008, dans un rapport du 18 février 2008, les Drs B.\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine physique, réhabilitation et rhumatologie, et N.\_\_\_\_\_, médecin hospitalier, ont convenu d'entente avec l'assuré une reprise du travail dès le 3 mars 2008. Par courrier du 18 juin 2008, la CNA a considéré que celui-ci était guéri des suites de l'accident du 24 août 2007.

Dans l'intervalle, le 13 avril 2008, à Vevey, l'assuré a été heurté par une voiture et a fait une chute sur le côté alors qu'il circulait à moto, occasionnant une réactivation des douleurs dorso-lombaires. Un constat amiable d'accident et un rapport de police ont été établis le 13 avril 2008. Dans un rapport médical LAA du 26 août 2008, la Dresse G.\_\_\_\_\_, médecin assistant à l'Hôpital Riviera de Montreux, a posé le diagnostic de contusion basithoracique bilatérale, retenu une incapacité de travail à 100 % dès le 14 avril 2008 et prescrit un traitement antalgique. La CNA a pris en charge les frais médicaux et les incapacités de travail subséquentes.

Le 24 septembre 2008, l'assuré a été examiné par le Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA. Dans un rapport du même jour, celui-ci a signalé des plaintes par l'assuré de dorso-lombalgies et a constaté des troubles statiques modérés, une musculature paravertébrale bien développée et totalement indolore à la palpation, une mobilité rachidienne complète, une mobilisation s'effectuant tout à fait librement, une manœuvre de Lasègue indolore ainsi qu'une absence de déficit neurologique aux membres inférieurs. Il a retenu qu'une incapacité de travail n'était plus justifiée depuis un certain temps, ajoutant qu'il était très peu probable que l'accident du 13 avril 2008 eût entraîné quoi que ce soit, et a proposé de mettre fin aux prestations.

Par courrier recommandé du 30 septembre 2008, se référant à l'examen médical du 24 septembre 2008 effectué par le Dr L.\_\_\_\_\_, la CNA a mis fin aux prestations d'indemnités journalières et de frais de traitement avec effet rétroactif au 24 septembre 2008.

Suite à une consultation ambulatoire le 8 décembre 2008, dans un rapport du 9 décembre 2008 adressé au Dr V.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_, médecin associé au département de l'appareil locomoteur du CHUV, a posé les diagnostics de lombalgies et dorsalgies chroniques non spécifiques persistantes, de troubles statiques et insuffisance posturale, avec déficience musculaire et probable micro-instabilité segmentaire lombaire basse, et de déconditionnement physique global et focal. Il a également relevé, comme co-morbidité, un état de stress post-traumatique avec réaction dépressivo-anxieuse.

Le 11 décembre 2008, l'assuré a annoncé une rechute à la CNA depuis le 25 septembre 2008, date à laquelle il a interrompu son activité professionnelle.

Dans un rapport du 16 janvier 2009 adressé au Dr V.\_\_\_\_\_, le Dr C.\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il s'était entretenu avec l'assuré afin de lui expliquer les circonstances biologiques et psychologiques l'ayant conduit dans sa situation actuelle et de l'informer des traitements envisageables.

Il lui a prescrit un traitement de physiothérapie et a évoqué l'utilité d'une prise en charge psychiatrique compte tenu d'un état de stress post-traumatique, d'anxiété et de dépression.

Le 29 janvier 2009, l'assuré a été entendu lors d'un entretien par la CNA et a notamment déclaré que des traitements médicamenteux, de physiothérapie, d'ergothérapie et de piscine lui étaient prescrits en raison de ses douleurs; il a également évoqué des troubles psychiques et a fait part de son intention de consulter un psychiatre.

Dans un rapport du 4 février 2009, le Dr L.\_\_\_\_\_, se référant à son rapport du 24 septembre 2008, a indiqué que le statu quo sine avait été atteint depuis longtemps, si tant est que l'accident du 13 avril 2008 eût réellement entraîné une aggravation passagère de rachialgies chroniques non spécifiques.

Par décision du 10 février 2009, la CNA a confirmé la clôture du cas avec effet au 24 septembre 2009 et la fin des prestations d'assurance - indemnité journalière et frais de traitement - conformément à son courrier recommandé du 30 septembre 2009 à l'assuré. Se référant à l'appréciation médicale du Dr L.\_\_\_\_\_, elle a relevé que les troubles qui subsistaient aujourd'hui n'étaient plus dus à l'accident du 13 avril 2008 mais relevaient de maladie, niant ainsi un lien de causalité entre cet accident et les troubles annoncés dans la déclaration de rechute. Le 23 février 2009, l'assuré a formé opposition contre ce prononcé, faisant valoir qu'il avait été victime de deux autres accidents les 12 février et 24 octobre 2008 et se référant au rapport précité du CHUV du 16 janvier 2009.

Par décision sur opposition du 16 mars 2009, la CNA a confirmé son premier prononcé. Se référant aux rapports des 24 septembre 2008 et 4 février 2009 du Dr L.\_\_\_\_\_, elle a retenu qu'une incapacité de travail n'était plus justifiée depuis un certain temps et que le statu quo sine était atteint depuis longtemps, de sorte qu'elle avait à juste titre refusé d'intervenir pour les troubles annoncés le 11 décembre 2008. La CNA a également nié un lien de causalité adéquate entre les accidents

subis par l'assuré et ses troubles psychiques, avant de relever que la question de la survenance éventuelle d'autres sinistres dépassait le cadre du présent litige, de sorte qu'il ne pouvait être entré en matière sur ce point.

**B.** Par acte du 9 avril 2009, D. \_\_\_\_\_ a fait recours contre cette décision, concluant implicitement à la prise en charge par la CNA de ses douleurs dorsales. Alléguant avoir été victime de trois accidents les 24 août 2007, 13 avril 2008 et 24 octobre 2008, il fait valoir qu'il n'a pu reprendre son activité professionnelle, qu'il a été licencié par son employeur, que ses douleurs dorsales sont dues à ses accidents, qu'il n'a reçu aucune indemnité perte de gain depuis le 25 octobre 2008 et que l'assurance-chômage refuse de l'indemniser.

Dans sa réponse du 8 juin 2009, la CNA conclut au rejet du recours et reprend ses précédents arguments.

### **E n d r o i t :**

**1. a)** Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile le 9 avril 2009 auprès du tribunal compétent. Pour le surplus répondant aux exigences formelles prévues par la loi (en particulier art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

**b)** La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la

procédure administrative, RSV 173.36]). La cause doit être tranchée par la cour composée de trois magistrats (art. 83c al. 1 LOJV [loi cantonale vaudoise du 12 décembre 1979 d'organisation judiciaire, RSV 173.01]) et non par un juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD), vu la valeur litigieuse vraisemblablement supérieure à 30'000 fr.

**2.** Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si les troubles annoncés par l'assuré le 11 décembre 2008 peuvent être rapportés à l'accident du 13 avril 2008 et si la CNA doit, en conséquence, verser des prestations à ce titre.

**3. a)** En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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'événement 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'événement 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 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b; TF 8C\_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2).

Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (*statu quo sine*; cf. TF 8C\_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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*; cf. ATF 119 V 335, consid. 2b/bb; TF 8C\_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2).

La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4; TF U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3).

**c)** La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a; TF 8C\_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C\_576/2007 du 2 juin 2008 consid. 2).

Selon l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais, ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotents ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. La jurisprudence a souligné à cet égard que lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses 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 serait survenu tôt ou tard même sans l'accident (*statu quo sine*) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C\_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2; TF 8C\_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 et les références citées).

**d)** Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours

ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a et les références citées).

En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité; les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. A cet égard, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants :

- les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident;
- la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques;
- la durée anormalement longue du traitement médical;
- les douleurs physiques persistantes;
- les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident;
- les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes;
- le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques.

Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des

accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa; 115 V 403 consid. 5c/aa; TF 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2).

**e)** Une pleine valeur probante doit être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

**4. a)** A l'issue de son examen clinique pratiqué le 24 septembre 2008, le Dr L.\_\_\_\_\_ n'a constaté objectivement, sur le plan somatique, que de légers troubles statiques et a retenu qu'une incapacité de travail n'était plus justifiée depuis un certain temps, ajoutant qu'il était très peu probable que l'accident du 13 avril 2008 eût entraîné quoi que ce soit, et a proposé de mettre fin aux prestations (rapport du 24.09.2008). Dans son rapport du 4 février 2009, après avoir pris connaissance des déclarations de l'assuré lors de l'entretien du 29 janvier 2009 auprès de la CNA et se référant à son précédent rapport, le Dr L.\_\_\_\_\_ a indiqué que le statu quo sine avait été atteint depuis longtemps si tant est que l'accident du 13 avril 2008 eût réellement entraîné une aggravation passagère de rachialgies chroniques non spécifiques.

L'assertion de l'intéressé, qui prétend dans son recours que ses douleurs dorsales sont dues à ses accidents, ne permet pas de remettre en cause les conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_; il s'agit en effet d'un raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) qui ne permet pas de démontrer l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 13 avril 2008 et les troubles annoncés le 11

décembre 2008 par l'assuré. Le recourant ne s'appuie par ailleurs sur aucun document médical pour étayer son avis sur ce point. Quant aux autres pièces médicales figurant au dossier, les rapports du Dr C.\_\_\_\_\_, déposés par l'assuré, attestent certes des problèmes de santé présentés par l'intéressé et des différents traitements envisageables, mais n'infirmement ni ne confirment l'existence d'un lien de causalité naturelle.

Dès lors, il n'y a manifestement pas d'indices concrets permettant de douter des conclusions du Dr L.\_\_\_\_\_, médecin d'arrondissement de la CNA, une pleine valeur probante devant être reconnue à l'avis de ce médecin. On niera donc l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident en question et les troubles annoncés le 11 décembre 2008, à tout le moins en ce qui concerne la problématique somatique.

**b)** S'agissant plus particulièrement de la composante psychique, la CNA n'est en l'espèce pas tenue à prestations. En effet, au vu de son déroulement, l'accident du 13 avril 2008 peut tout au plus être considéré comme un accident de gravité moyenne. En effet, la voiture a "légèrement touché" la moto conduite par l'assuré, qui a ensuite perdu l'équilibre puis a chuté (rapport de police du 13 avril 2004), et seule une contusion basithoracique bilatérale a été diagnostiquée, en l'absence de lésion osseuse (rapport du 26.08.2008 de la Dresse G.\_\_\_\_\_).

On ne saurait dire que l'accident revêtait un caractère particulièrement impressionnant, ni qu'il existait des circonstances concomitantes particulièrement dramatiques. Les lésions physiques n'ont pas été graves, le traitement - sous forme d'antalgie (rapport précité) n'a pas été anormalement long et il n'y a pas eu d'erreurs dans le traitement médical ni de complications importantes. Les douleurs ressenties par l'assuré et l'importance des traitements envisageables compte tenu des circonstances biologiques et psychologiques (rapports des 08.12.2008 et 16.01.2009 du Dr C.\_\_\_\_\_) ne saurait être déterminants. Dès lors, l'examen des différents critères posés par la jurisprudence permet de nier la présence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles

annoncés le 11 décembre 2008, sur le plan psychique. Dès lors, la question de la causalité naturelle n'a pas besoin d'être tranchée et peut rester ouverte.

**c)** Au demeurant, les arguments avancés par le recourant - relatifs à la cessation de son activité professionnelle, à son licenciement, à l'absence de versement d'indemnités de perte de gain depuis le 25 octobre 2008 et à une inaptitude au placement - ne lui sont d'aucun secours dès lors qu'ils ne portent pas sur l'existence d'un lien de causalité naturelle ou adéquate entre les troubles annoncés le 11 décembre 2008 et l'événement du 13 avril 2008. Enfin, la succession des différents accidents dont a été victime le recourant est sans pertinence, dès lors que le présent litige porte uniquement sur les suites de l'accident du 13 avril 2008.

C'est donc à juste titre que la CNA a refusé d'intervenir en raison des troubles annoncés le 11 décembre 2008 et qu'elle n'a pas versé de prestations. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

**5.** Il n'est pas perçu de frais, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, étant donné l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 16 mars 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

**III.** Il est statué sans frais, ni allocation de dépens.

Le président :

Le greffier :

**Du**

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- D. \_\_\_\_\_
- Me Olivier Derivaz, avocat à Monthey (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents)
- Office fédéral de la santé publique (OFSP)

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

Le greffier :