

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 29 juin 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : M. Bidiville et Mme Moyard, assesseurs
Greffier : M. Simon

Cause pendante entre :

Q._____, à Reverolle, recourante,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à
Lucerne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. Q. _____ (ci-après: l'assurée), née en 1962, employée de la Confédération (Office des migrations), est assurée contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: la CNA).

Le 4 octobre 2007, à son domicile, l'assurée a été victime d'une chute dans les escaliers, qui s'est soldée par des contusions multiples sur tout le côté gauche, notamment à la hanche. Le lendemain, elle a consulté la Dresse O. _____, spécialiste FMH en médecine générale à Apples et médecin traitant, qui a attesté une incapacité de travail jusqu'au 8 octobre 2007. Le cas a été pris en charge par la CNA et l'assurée a repris son travail le 9 octobre 2007.

En septembre 2008, en raison d'une gêne persistante à la hanche gauche, l'assurée a consulté à nouveau la Dresse O. _____, qui l'a adressée à l'Hôpital de Morges pour des radiographies du bassin. Dans un rapport du 29 septembre 2008, la Dresse J. _____, spécialiste FMH en radiologie au service de radiologie dudit hôpital, a relevé ce qui suit:

"Ossification d'environ 7 mm de diamètre, située au dessus du grand trochanter gauche, qui pourrait correspondre à un ancien arrachement. Pas de signe de myosite calcifiante. Signes débutants de coxarthrose gauche avec une apposition ostéophytaire à la jonction de la tête et du col fémoral.

Pas de lésion significative de la hanche droite et des articulations sacro-iliaques".

Le 30 décembre 2008, l'assurée a annoncé à la CNA une rechute de son accident du 4 octobre 2007 (déclaration de sinistre transmise par l'employeur). Dans un rapport médical LAA pour rechute daté du 20 janvier 2009, la Dresse O. _____ a fait référence aux constatations radiologiques précitées ("arrachement au grand trochanter gauche"); elle a indiqué avoir prescrit des anti-inflammatoires et de la physiothérapie, puis relevé qu'il n'y avait pas d'incapacité de travail.

L'assurée a été entendue le 3 mars 2009 par un inspecteur de la CNA. Elle a indiqué qu'elle ressentait toujours une gêne depuis sa chute d'octobre 2007, de façon plus aiguë à partir du mois de septembre 2008; la douleur était toujours présente, ce qui la réveillait parfois la nuit.

La CNA (Suva Berne) a demandé l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr A._____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en traumatologie de l'appareil locomoteur. En date du 11 mars 2009, ce médecin a indiqué, au vu de la radiographie effectuée le 29 septembre 2008, qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre les troubles présentés par l'assurée et l'accident du 4 octobre 2007.

Par décision du 20 mars 2009, la CNA a refusé d'allouer des prestations d'assurance, au motif qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 4 octobre 2007 et les lésions actuelles annoncées, à la hanche gauche ou au bassin.

Le 14 avril 2009, l'assurée a formé opposition contre cette décision, concluant à la prise en charge des troubles annoncés. Elle a expliqué qu'elle ressentait toujours des douleurs résultant de l'accident du 4 octobre 2007 et que l'examen radiologique avait mis en évidence un arrachement au grand trochanter gauche.

La CNA a requis à nouveau l'avis du Dr A._____, qui a retenu ce qui suit dans son rapport du 4 mai 2009:

"Mon appréciation [du document d'imagerie effectué le 29 septembre 2008 par le service de radiologie de l'Hôpital de Morges], effectuée conjointement avec mon confrère, [...], et le médecin invité, le Docteur [...], conclut à l'existence d'un foyer de calcification d'une étendue correspondant à celle décrite ci-dessus et situé dans la région supéro-interne du trochanter, mais dont ni la structure ni la localisation ne correspondent à une avulsion du sommet trochantérien. On observe par ailleurs la présence d'une coxarthrose du côté gauche avec un interligne articulaire irrégulier et des ostéophytes au voisinage de la tête fémorale.

En résumé, il ne s'agit pas de séquelles structurelles de la contusion de la hanche, et notamment pas d'un status après avulsion du

sommet trochantérien gauche survenue lors de l'événement du 4 octobre 2007. Les suites de la contusion doivent être à présent appréciées comme ayant disparu.

[...]

Un examen personnel par le médecin d'arrondissement au printemps 2009 n'est pas susceptible d'aboutir à une appréciation différente de la question des lésions structurelles concernant l'événement du 4 octobre 2007, et n'est donc pas indiqué".

La CNA (à Lucerne) a statué sur cette opposition par une décision du 5 juin 2009. Elle a rejeté l'opposition et, partant, confirmé sa première décision. La décision se réfère à l'appréciation de son médecin d'arrondissement (Dr A. _____), appuyé par deux autres médecins; cette appréciation est retenue comme probante, "surtout lorsque l'on sait que le radiologue de l'hôpital de Morges s'est limité à énoncer la suspicion en faveur d'un ancien arrachement". La décision a donc nié le lien de causalité entre l'accident du 4 octobre 2007 et les troubles annoncés par l'assurée. La CNA a ajouté qu'un examen personnel de l'assurée n'était pas nécessaire et que le dossier était suffisamment instruit sur le plan médical.

C. Par acte du 29 juin 2009, Q. _____ a recouru au Tribunal cantonal contre la décision sur opposition. Elle conclut à la prise en charge par la CNA du traitement médical résultant de la rechute annoncée. Se prévalant de l'avis de son médecin traitant et de la radiologue de Morges, elle soutient que les troubles dont elle souffre résultent de l'accident du 4 octobre 2007.

Peu avant le dépôt du recours, la Dresse O. _____ avait écrit directement à la CNA, le 16 juin 2009, pour critiquer le refus de prise en charge des prestations médicales à partir de l'annonce de rechute. Selon elle, il apparaissait "évident que l'image radiologique décrite par la spécialiste est en relation directe avec le choc au vu de l'hématome et des symptômes mis en évidence, alors, au sommet de la hanche".

Dans sa réponse du 13 octobre 2009, la CNA conclut au rejet du recours. Elle relève que le Dr A. _____ a expliqué de façon

circonstanciée les raisons pour lesquelles les lésions constatées ne sont pas imputables à la contusion de la hanche survenue le 4 octobre 2007, que ce médecin s'est prononcé en pleine connaissance des radiographies effectuées par le service de radiologie de l'Hôpital de Morges et que l'avis de la Dresse O._____ ne saurait y faire obstacle, de sorte qu'il n'y a pas de lien de causalité naturelle entre les séquelles alléguées et l'accident du 4 octobre 2007.

Dans ses déterminations du 9 novembre 2009, la recourante a maintenu sa position et ses arguments, ajoutant qu'elle n'avait jamais souffert de la hanche gauche avant la chute dans l'escalier le 4 octobre 2007 et que les douleurs ressenties suite à cette chute ont fini par disparaître sur toutes les parties contusionnées, à l'exception de celles de la hanche gauche, de sorte que ces douleurs ont été causées directement par l'accident. Le 16 janvier 2012, la CNA a renoncé à se déterminer et a maintenu ses conclusions.

E n d r o i t :

1. 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 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 et respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière.

2. La recourante se plaint du refus de la CNA de prendre en charge le traitement médical entrepris à la suite des douleurs ressenties

dès septembre 2008, ayant fait l'objet d'une annonce de rechute à l'assureur. Selon elle, il s'agit d'une conséquence de son accident d'octobre 2007, pour lequel la CNA était intervenue. Les séquelles actuelles (en 2009) étaient, pour la recourante, liées à cet accident.

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1).

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). 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 (TF 8C_135/2011 du 21 septembre 2011 consid. 3.2; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). 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; 129 V 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1).

Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question 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 (ATF 129 V 402 consid. 4.3; 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées).

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

b) 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'évènement 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; TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 2.2 et la référence citée).

c) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1).

Une valeur probante doit également 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).

Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer

en faveur de leurs patients (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

d) En l'espèce, il s'agit en définitive de déterminer si les troubles et douleurs ressentis par la recourante à partir de septembre 2008 sont la conséquence probable d'un arrachement (ou avulsion) du grand trochanter, lors de l'accident d'octobre 2007. Cette pathologie est rare chez l'adulte. Celle hypothèse a été mentionnée dans le rapport du radiologue ("ossification [...] qui pourrait correspondre à un ancien arrachement") et elle a été retenue par le médecin traitant - qui n'a du reste pas fait procéder à d'autres examens, ni décrit de manière précise les troubles ou le status - mais elle a été réfutée par les médecins de la CNA. Le Dr A._____ a conclu, après examen du cas avec deux autres médecins, à l'existence d'un foyer de calcification d'une étendue correspondant à celle décrite dans le rapport de radiologie du 29 septembre 2008 et situé dans la région supéro-interne du trochanter, mais dont ni la structure ni la localisation ne correspondaient à une avulsion du sommet trochantérien. Pour lui, il n'y avait pas de séquelles structurelles de la contusion de la hanche survenue lors de l'accident du 4 octobre 2007, et notamment pas un status après avulsion du sommet trochantérien gauche, les suites de la contusion ayant donc disparu. Le Dr A._____ a ajouté qu'un examen personnel de l'assurée n'était pas nécessaire.

Ce médecin a ainsi expliqué de façon précise les raisons pour lesquelles les troubles invoqués ne résultaient pas de la contusion de la hanche survenue le 4 octobre 2007. Son analyse des documents radiologiques, pertinents pour cette appréciation nonobstant l'absence d'examen clinique, est convaincante. Il n'y a pas lieu, dans ce cadre, de déterminer quelle pathologie pourrait évoluer sur plusieurs mois et expliquer les douleurs, car on ne voit pas en quoi une autre pathologie pourrait être en relation de causalité probable, et non seulement possible, avec la chute dans les escaliers. L'avis de la Dresse O._____, qui est médecin généraliste et non spécialisée en radiologie ou en orthopédie, ne permet pas de s'écarter de l'avis des médecins de la CNA. Pour statuer sur

la question litigieuse, le dossier est complet du point de vue médical, de sorte qu'il n'y a pas lieu de requérir un autre avis.

La recourante fait certes valoir qu'elle souffre de la hanche gauche depuis l'accident du 4 octobre 2007. Dans la mesure où elle invoque une rechute ou des séquelles tardives en septembre 2008, elle n'a en définitive pas d'autre argument que le raisonnement "post hoc, ergo propter hoc" qui ne permet pas en soi de justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle (consid. 2a ci-dessus).

Dès lors, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 4 octobre 2007 et les troubles annoncés le 30 décembre 2008 doit être niée, de sorte que la recourante n'a pas droit à la prise en charge par la CNA du traitement médical en résultant. Le refus de prestations n'est donc pas contraire au droit fédéral. Partant, le recours doit être rejeté et la décision attaquée doit être confirmée.

3. La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Vu l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (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 5 juin 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le président :

Le greffier :

Du

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

- Q. _____
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

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 :