

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 23 mars 2010

Présidence de Mme RÖTHENBACHER
Juges : MM. Neu et Gutmann, assesseur
Greffier : M. Simon

* * * * *

Cause pendante entre :

A. _____, à La Tour-de-Peilz, recourant,

et

CAISSE VAUDOISE, à Lausanne, intimée.

Art. 4 LPGA et art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assuré), né le 4 mai 1959, travaille en qualité de directeur pour le compte de l'Etat de Vaud à l'établissement secondaire de Vevey. A ce titre, il est assuré obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse Vaudoise (ci-après: la caisse).

Le 13 octobre 2008 à 14h00, en transportant de lourdes pierres dans son jardin, l'assuré a chuté et a subi un choc sur le côté droit, au niveau de la hanche. Sur le moment, il a ressenti une douleur vive et a interrompu son activité. Pendant deux semaines, il a ménagé ses efforts, restant le plus souvent en position horizontale et effectuant des massages.

Du 10 novembre au 8 décembre 2008, l'assuré a effectué cinq séances de physiothérapie et d'ostéopathie auprès de H._____, physiothérapeute-ostéopathe à Vevey, en raison de troubles fonctionnels du rachis. Le 13 décembre 2008 à 19h45, il a consulté le Dr M._____, médecine générale FMH à Vevey, en raison de la persistance des douleurs. Par déclaration d'accident-bagatelle LAAC du 23 décembre 2008, l'employeur de l'assuré a annoncé le cas à la caisse.

Dans un rapport médical initial LAA du 9 janvier 2009, le Dr M._____ a indiqué que son patient avait ressenti soudain une violente douleur le 13 octobre 2008 dans la région lombaire, irradiant dans le MID, qu'il ressentait toujours des douleurs résiduelles et qu'il se plaignait d'une exacerbation des douleurs depuis le 13 décembre 2008. Ce médecin a posé le diagnostic de lombo-sciatalgies de topographie L5 D sur hernie discale et a prescrit du repos, un traitement d'ostéothérapie générale, d'antalgie puis une infiltration par un radiologue; il n'a pas attesté d'incapacité de travail.

Dans un rapport du 19 janvier 2009, le Dr C._____, spécialiste FMH en radiologie et neuroradiologie à Montreux, a retenu, suite à une

IRM effectuée le 19 décembre 2008, la présence d'une hernie discale L4-L5 paramédiane et latérale droite avec fragment luxé le long du récessus latéral jusqu'à la mi-hauteur de L5, créant un conflit radiculaire L5. Ce praticien a également pratiqué une infiltration à but analgésique, anesthésique et de contraste.

Dans un formulaire rempli le 17 février 2009 et adressé à la caisse, l'assuré a relevé qu'il avait ressenti des douleurs sitôt après la chute du 13 octobre 2008 et que celle-ci était survenue dans le cadre d'une activité habituelle de loisirs. Il a par ailleurs indiqué avoir effectué plusieurs séances chez un ostéopathe puis une première consultation médicale le 13 décembre 2008 auprès du Dr M._____, précisant que le traitement médical n'était pas terminé et qu'une prochaine consultation devait être fixée chez ce médecin à fin mars.

Le 3 mars 2009, la caisse a soumis le dossier au Dr G._____, chirurgien orthopédiste FMH à Lausanne et médecin conseil de ladite caisse. Ce praticien a indiqué ce qui suit dans son rapport du même jour:

Au vu du questionnaire rempli par l'assuré sur les symptômes de pont et le rapport de l'IRM, il s'avère que A._____ a chuté sur le côté droit.

Etant donné qu'il n'a pas été consulté de suite un médecin et qu'il n'a vu qu'un ostéopathe, on peut supposer que les troubles étaient moindres, donc qu'il n'aurait eu qu'une simple contusion due à la chute.

Selon l'IRM du 19 décembre 2008, elle met bien en évidence un début d'hernie. [...]

Par décision du 20 mars 2009, la caisse a refusé d'intervenir pour le traitement annoncé. Se référant à l'avis du Dr G._____, elle a indiqué qu'une hernie n'est que rarement la conséquence d'un accident, sauf en cas de choc direct et violent en l'absence d'antécédents ou de troubles dégénératifs - éventualité non remplie en l'espèce - et que le traitement n'avait débuté que deux mois après l'accident, ce qui confirmait son caractère bénin. Ainsi, elle a considéré qu'une relation de causalité entre l'événement et le traitement institué en décembre 2008

n'était pas établie, à tout le moins au regard de la vraisemblance prépondérante.

Le 14 avril 2009, l'assuré a formé opposition contre ce prononcé. Il a expliqué que, après avoir tenté de récupérer de sa chute, les douleurs persistaient et avaient nécessité un traitement de physiothérapie et d'osthéopathie, puis un examen chez un médecin. Il a par ailleurs contesté le caractère bénin de l'accident.

Par décision sur opposition du 7 août 2009, la caisse a maintenu sa position. Elle a considéré que l'événement traumatique subi par l'assuré devait être qualifié de bénin, soit de basse énergie, avec une action vulnérante indirecte au niveau lombaire, de sorte qu'il n'était pas propre à engendrer une hernie discale. Se référant à l'avis du Dr G._____, elle a relevé que la relation de causalité entre la chute et la hernie L4-L5 n'était que possible, voire exclue. Elle a indiqué que le statu quo sine devait être considéré comme atteint le 19 décembre 2008, soit à la date de l'IRM, et que les douleurs persistantes après cette date n'étaient plus liées à la chute au degré de vraisemblance prépondérante. Elle a également relevé que l'assuré avait tardé à consulter un médecin et qu'il s'était d'ailleurs contenté de suivre un traitement de physiothérapie et d'ostéopathie. Ainsi, la caisse a admis sa prise en charge des prestations jusqu'au 18 décembre 2008 ainsi que la facture de l'IRM à titre de mesure d'éclaircissement et a refusé les traitements subséquents.

B. Par acte du 7 septembre 2009, A._____ recourt contre cette décision auprès de la Cour de céans. Contestant à nouveau le caractère bénin de l'accident, il fait valoir qu'il ne ressentait aucune douleur ni ne souffrait d'affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale avant le 13 octobre 2008 et invoque les douleurs ressenties depuis cette date. Il relève en outre que la caisse n'a pas exclu l'existence d'un lien de causalité entre la chute et la hernie, que c'est en raison des vacances qu'il n'a pas eu d'incapacité de travail et qu'il avait l'intention d'économiser les services médicaux avant de consulter un médecin.

C. Dans sa réponse du 9 octobre 2009, la caisse conclut au rejet du recours. En résumé, elle relève que l'accident litigieux doit être qualifié de bénin au vu de la jurisprudence, que l'assuré n'a pas eu besoin d'un arrêt de travail après ses vacances et que l'absence de douleurs ou d'affections avant le 13 octobre 2008 n'y change rien. Elle confirme pour le surplus 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, interjeté en temps utile le 7 septembre 2009 auprès du tribunal compétent, est donc 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 l'intimée est tenue de verser des prestations au recourant en raison de l'événement du 13 octobre 2008 pour la période postérieure au 18 décembre 2008, exception faite de la facture d'IRM effectuée le 19 décembre 2008, qui a

été prise en compte par cette dernière à titre de mesure d'éclaircissement (frais d'instruction) au sens de l'art. 45 al. 1 LAA.

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) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative, un événement accidentel n'apparaissant qu'exceptionnellement, et pour autant que certaines conditions particulières soient réalisées, comme la cause proprement dite d'une telle atteinte. Une hernie discale peut être considérée comme étant due principalement à un accident, lorsque celui-ci revêt une importance particulière, qu'il est de nature à entraîner une lésion du disque intervertébral et que les symptômes de la hernie discale (syndrome vertébral ou radiculaire) apparaissent immédiatement, entraînant aussitôt

une incapacité de travail. Si la hernie discale est seulement déclenchée, mais pas provoquée par l'accident, l'assurance-accidents prend en charge le syndrome douloureux lié à l'événement accidentel. En revanche, les conséquences de rechutes éventuelles doivent être prises en charge seulement s'il existe des symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel et les rechutes (TF 8C_301/2009 du 17 septembre 2009 consid. 3.2 et les références citées; TF 8C_486/2008 du 4 avril 2008 consid. 4.3).

L'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est établie, selon la jurisprudence, que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres ou l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TF U 172/06 du 10 mai 2007, consid. 6.3; TF U 282/06 du 4 juin 2007, consid. 3.3).

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).

4. a) Il est constant que l'assuré présente une hernie discale L4-L5 paramédiane et latérale droite, ainsi que l'a retenu le Dr C. _____ dans son rapport du 19 janvier 2009, suite à une IRM effectuée le 19 décembre 2008. S'agissant du déroulement de l'événement accidentel, il résulte du dossier, en particulier du rapport médical initial LAA du 9 janvier 2009 du Dr M. _____ et du formulaire rempli le 17 février 2009 par l'assuré, que ce dernier, en transportant de lourdes pierres dans son jardin, a chuté de sa hauteur et a subi un choc sur le côté droit, au niveau de la hanche. Ces faits ne sont pas contestés par le recourant.

Au vu de la jurisprudence précitée, les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altération des disques intervertébraux d'origine dégénérative et ne sont qu'exceptionnellement la cause proprement dite d'une telle atteinte. Comparé aux événements propres à provoquer la survenance d'une hernie discale retenus par la pratique médicale, tels que chute libre d'une hauteur importante, saut de 10 mètres de hauteur, chute notamment avec port de charges, télescopage à grande vitesse (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 7.2 et la référence citée), l'événement traumatique a été relativement modéré et ne revêtait pas une importance particulière mais constituait une chute ordinaire ou banale.

A cela s'ajoute que, selon le rapport du 3 mars 2009 du Dr G._____, la chute du 13 octobre 2008 n'était propre à causer qu'une simple contusion, étant donné que l'assuré n'avait pas consulté de suite un médecin et qu'il n'avait vu qu'un ostéopathe. On relèvera que le recourant ne se réfère à aucun document médical pour infirmer l'avis de ce praticien. Par ailleurs, ce n'est que sur indication de H._____, à l'issue de la cinquième séance de physiothérapie-ostéopathie, qu'il est allé consulter un médecin, à savoir le Dr M._____. Le fait qu'il ait décidé seulement environ un mois après l'événement accidentel de s'adresser à un physiothérapeute-ostéopathe ne peut que démontrer que les douleurs résultant de la chute du 13 octobre 2008 n'étaient pas très importantes et qu'elles étaient surmontables, du moins dans un premier temps. En outre, H._____ et le Dr M._____ n'ont pas prescrit d'incapacité de travail. L'assuré lui-même n'a pas eu besoin d'arrêts de travail pour se rendre aux consultations auprès de ces praticiens, lesquelles ont du reste eu lieu en dehors des vacances scolaires. Tous ces éléments ne peuvent que corroborer le fait que l'accident ne revêtait pas une importance particulière.

b) L'argument soulevé par le recourant selon lequel il ne ressentait pas de douleurs et présentait une mobilité complète avant l'événement litigieux du 13 octobre 2008 n'est pas pertinent en l'espèce. Il s'agit en effet d'un raisonnement *post hoc, ergo propter hoc* qui ne permet

pas d'établir un lien de causalité naturelle. Le recourant fait ensuite valoir qu'un tel lien entre l'accident et son atteinte à la santé est avéré, se référant aux déclarations de l'intimée. Celle-ci a retenu, en se basant sur l'avis du Dr G._____, que la relation de causalité entre la chute et la hernie n'était que possible, voire exclue au vu du mécanisme lésionnel. Or, pour être admise, l'existence du lien de causalité adéquate doit être qualifiée de probable dans le cas particulier et il ne suffit pas qu'elle paraisse possible (TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2 et les arrêts cités). Enfin, on relèvera que l'intention du recourant de récupérer de sa chute en ménageant ses efforts sans entreprendre de traitement médical, si elle peut paraître louable tout en étant quelque peu risquée, ne saurait avoir une incidence quant au fait de savoir si la hernie discale a été ou non causée par l'accident litigieux.

c) Dès lors, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 13 octobre 2008 et la hernie discale dont souffre le recourant doit être niée, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'examiner s'il existe un lien de causalité adéquate. Ainsi, le statu quo sine doit être considéré comme atteint le 19 décembre 2008 et le recourant n'a pas droit à la prise en charge par l'intimée des traitements entrepris à partir de cette date. Partant, le recours doit être rejeté.

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 7 août 2009 par la Caisse Vaudoise est confirmée.

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

La présidente :

Le greffier :

Du

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

- A. _____
- Caisse Vaudoise
- Office fédéral des assurances sociales

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 :