

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 27 janvier 2012

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. Bidiville et Gutmann, assesseurs
Greffier : Mme Matile

Cause pendante entre :

E._____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Philippe Nordmann, avocat à Lausanne,

et

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

Art. 4 LPGA; 6 LAA

E n f a i t :

A. En 1999, E._____, né le 21 janvier 1959, était employé comme manoeuvre de l'entreprise de construction T._____ SA à Morges. A ce titre, il était assuré contre les accidents auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après: CNA). Le 1^{er} juillet 1999, il a été victime d'un accident sur l'autoroute, alors qu'il conduisait son véhicule vers Yverdon-les-Bains.

A cette occasion, E._____ a subi les blessures suivantes: rupture de la rate, fracture des 7^{ème} et 8^{ème} côtes à gauche, pneumothorax à gauche, contusion du rein gauche, du foie et du myocarde. Les médecins ont procédé en urgence au drainage thoracique gauche. Les autres lésions ont été traitées conservativement. E._____ a tenté en vain de reprendre le travail, à deux reprises; il y a renoncé à cause de douleurs (arthralgies, myalgies diffuses).

A propos de l'évolution de la situation, le médecin traitant de l'assuré, le Dr D._____, généraliste à Yverdon-les-Bains, avait écrit ce qui suit, le 13 janvier 2000, au médecin d'arrondissement de la CNA :

« [Après le traitement à l'hôpital, l'assuré] m'a été adressé pour suite de traitement. Le bilan effectué le 13.07.1999 s'avérait dans la norme hormis quelques douleurs compréhensibles thoraciques et abdominales. [...] Dans un premier temps, l'évolution a été lentement favorable. Cependant, M. E._____ n'a pu reprendre son travail malgré une tentative au mois d'août à 50 %, le patient ne travaillant qu'une journée. Depuis lors, il présente des plaintes multiples, articulaires et musculaires notamment des épaules et des cuisses, changeantes (une fois à gauche, une fois à droite), et pour lesquelles aucun traitement n'a apporté d'amélioration. En effet, malgré de nombreux anti-inflammatoires, un long traitement de physiothérapie, un traitement adjuvant de Tranxilium et de Stilnox puis, depuis mi-décembre, un traitement de Surmontil actuellement à 75 mg, le patient continue de présenter la même symptomatologie. »

Le Dr X._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA (Suva Lausanne), a effectué un examen clinique de l'assuré le 1^{er} février 2000. Dans son rapport

d'examen, ce médecin a fait les constatations suivantes, sur la base de radiographies (« bilan de colonne totale, bassin et épaule gauches ») :

« Pas de lésion osseuse traumatique. On relève cependant la présence de spondylose lombaire étagée. Pour l'épaule gauche, présence de quelques troubles dégénératifs de l'articulation acromio-claviculaire ».

La conclusion du rapport du Dr X. _____ est la suivante :

« L'évolution actuelle, en ce qui concerne les lésions dues à l'accident, est plutôt favorable. Quant aux diverses doléances du patient, elles peuvent rentrer dans le cadre d'une polyinsertionite, voire d'une autre entité clinique, qui ne découle pas de l'accident qui nous intéresse. En conséquence, l'appréciation du jour ne tient pas compte de ces diverses doléances. Pour les seules suites de l'accident du 1.7.1999, nous reconnaissons une capacité entière de travail chez ce patient à partir du 7.2.2000 ».

En se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, la CNA (Suva Lausanne) a, par décision du 8 mai 2000, mis un terme aux prestations d'assurance avec effet au 7 février 2000, au motif que les troubles présentés par l'assuré étaient désormais imputables exclusivement à un état maladif. La décision n'a pas été contestée et elle est entrée en force.

B. Le 26 juin 2007, E. _____ a écrit à la CNA (Suva Lausanne) pour lui demander d'ouvrir à nouveau le dossier et de lui allouer des prestations pour incapacité totale de travail. Il invoquait un diagnostic nouveau ou "passablement modifié" en se référant à deux rapports d'examens neuropsychologiques effectués à la division de neuropsychologie du CHUV, dirigée par la Prof. N. _____, spécialiste en neuropsychologie.

La CNA a demandé un avis au Dr U. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, médecin conseil. Dans un rapport du 27 septembre 2007, ce médecin a retenu en substance que les troubles psychiques et neuropsychologiques affectant l'intéressé à cette époque n'étaient pas en relation de causalité naturelle avec l'accident du 1^{er} juillet 1999.

Un autre médecin, le Dr K._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, médecin d'arrondissement de la CNA, avait auparavant exposé dans un rapport du 18 juillet 2007 que les troubles neuropsychologiques invoqués par l'assuré ne pouvaient pas être mis en relation avec un traumatisme crânio-cérébral (TCC) en l'absence d'une telle atteinte contemporaine à l'accident.

Par une décision du 12 octobre 2007, la CNA (Suva Lausanne) a refusé d'allouer des prestations complémentaires d'assurance, en faisant valoir qu'elle n'était pas tenue d'intervenir en l'absence de relation de causalité entre l'accident du 1^{er} juillet 1999 d'une part, et l'état de santé psychique ou neuropsychologique actuel de l'assuré. E._____ a formé opposition. La CNA (secteur oppositions, Lucerne) a rejeté l'opposition par une décision rendue le 13 novembre 2007, en retenant en définitive que, sur la base du dossier, on ne pouvait pas admettre que l'accident ait eu une influence déterminante dans l'apparition des troubles psychiques.

E._____ a recouru le 11 décembre 2007 contre la décision sur opposition auprès du Tribunal des assurances. La cause, d'abord suspendue, a été reprise en août 2009 par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal.

La Cour des assurances sociales a rejeté ce recours, et confirmé la décision sur opposition, par un arrêt rendu le 22 juillet 2010 (arrêt AA 144/07 - 75/2010).

C. Le 5 novembre 2009, E._____ a écrit à la CNA une lettre valant «annonce formelle de rechute», à laquelle étaient annexés deux rapports médicaux. Selon l'assuré, ces rapports permettaient d'établir « une rechute (aggravation) des conséquences de l'accident de 1999, avec rupture pratiquement totale (subtotale) transfixiante du tendon du muscle sus-épineux, rupture partielle du tendon du muscle sous-scapulaire avec subluxation, ainsi que diverses tendinopathies avec atrophie et arthrose ». Un des rapports annexés (document médical de transmission), du 3 novembre 2009, signé par un médecin de la policlinique des

Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (EHNV), était destiné à un chirurgien orthopédique (Dr R._____) à qui il était demandé de voir l'intéressé à cause du diagnostic suivant: «lésions coiffe des rotateurs suite à accident en 1999». Il était fait référence à une IRM du 22 octobre 2009 (arthro-IRM de l'épaule gauche), effectuée par un médecin du service de radiologie des EHNV, qui avait fait les constatations suivantes :

« Rupture subtotale transfixiante du tendon du muscle sus-épineux sur plusieurs centimètres avec atrophie musculaire secondaire. Rupture partielle du tendon du muscle sous-scapulaire avec subluxation antérieure discrète du tendon du long chef du biceps qui montre des signes de tendinopathie. Tendinopathie du muscle sus-épineux avec atrophie secondaire. Arthrose acromio-claviculaire. »

La CNA a demandé un avis à son médecin d'arrondissement le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique. Sur la base du dossier, ce spécialiste a, dans un rapport du 2 février 2010, rappelé l'histoire médicale de l'assuré depuis 1999, en mentionnant notamment une hospitalisation dans un service de chirurgie en mai 2001, pour des douleurs abdominales diffuses depuis l'accident, et des consultations orthopédiques et rhumatologiques en 2001-2002, où il n'avait pas été retenu de pathologie au niveau des épaules. Le Dr M._____ a finalement émis l'appréciation suivante :

« Suite à un accident de voiture survenu le 01.07.1999, notre assuré a été pris en charge à l'Hôpital d'Yverdon avec différentes pathologies post-traumatiques [...]. Dans les documents contemporains (echtzeitig), aucune mention n'est faite d'une éventuelle pathologie suspectée ou objectivée au niveau des épaules. Différents examens, notamment orthopédiques, n'ont pas retenu de diagnostic précis en rapport avec les épaules, mais seulement des plaintes mal définies, variables et sans substrat pathologique confirmé. L'installation de souffrance de l'épaule gauche, apparemment en 2007 et confirmée en 2009, ne peut dès lors être mise en relation avec l'événement du 01.07.1999. [...] Dans l'état du dossier, il est parfaitement justifié de confier la pathologie de l'épaule à la prise en charge de la caisse-maladie. »

Le 2 février 2010, la CNA (Suva Lausanne) a rendu une décision de refus des prestations d'assurance, en retenant qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré ou probable entre l'accident du 1^{er} juillet 2009 et les troubles à l'épaule gauche pour lesquels l'assuré des médecins de l'Hôpital d'Yverdon-les-Bains en octobre-novembre 2009.

E._____ a formé opposition.

La CNA (secteur oppositions, Lucerne) a rendu le 14 juillet 2010 une décision rejetant l'opposition. Elle a considéré, en substance, que le dossier était suffisamment instruit sur le plan médical, et qu'il n'y avait pas lieu de mettre en œuvre des investigations médicales complémentaires « pour la simple raison qu'il se pourrait, éventuellement, qu'elles parviennent à des conclusions médicales divergentes ». La CNA a retenu qu'il n'existait aucun élément médical probant permettant de douter des conclusions du Dr M._____, dotées d'une entière valeur probante. Elle a ajouté, pour répondre à un argument de l'assuré: « Même si l'on devait admettre que, dans les suites immédiates de l'accident, les troubles à l'épaule gauche soient passés inaperçus au vu des lésions « massives » subies par l'assuré, cela n'explique pas pourquoi, alors que M. E._____ a passé au cours de ces dix dernières années, de nombreux examens orthopédiques, des lésions à l'épaule gauche ont seulement été objectivées à compter de 2007 ». En définitive, la décision sur opposition retient l'absence de lien de causalité pour le moins probable entre les troubles à l'épaule gauche et l'accident du 1^{er} juillet 1999.

D. Par acte du 8 septembre 2010, E._____ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales contre la décision sur opposition. Il conclut à l'annulation de cette décision et à ce qu'il soit « jugé que SUVA doit au recourant, dans telle mesure que justice dira, des prestations d'indemnité journalière de rente et d'IAI à la suite de l'accident du 1^{er} juillet 1999 ».

Le recourant fait valoir qu'il est entièrement invalide, et qu'une partie de cette invalidité devrait être à la charge de la CNA. Il affirme que la lésion de la coiffe des rotateurs a certainement été subie lors de l'accident du 1^{er} juillet 1999; dans un premier temps, elle est passée inaperçue, tant les autres lésions étaient importantes. Mais il n'a cessé d'éprouver des douleurs et des gênes à cette épaule et il s'en est plaint depuis 1999. Le recourant a produit un rapport de consultation du 11 mai 2010 du service d'orthopédie du CHUV, qui mentionne une « limitation

fonctionnelle de son épaule gauche avec un syndrome douloureux persistant, dans le contexte d'une lésion chronique de la coiffe des rotateurs, avec multiples signes dégénératifs découlant d'une arthropathie acromio-claviculaire gauche »; il a indiqué qu'il attendait encore d'autres renseignements médicaux à ce sujet. Il a proposé la mise en œuvre d'une expertise, à titre de moyen de preuve. Il a déclaré qu'il n'avait pas subi d'autre accident et qu'il n'avait plus exercé d'activité physique quelconque depuis le 1^{er} juillet 1999.

Dans sa réponse du 18 novembre 2010, la CNA propos le rejet du recours.

Dans des déterminations du 7 décembre 2010, le recourant a confirmé sa demande d'expertise, par un orthopédiste spécialiste de l'épaule.

E. Quand bien même le recourant avait affirmé n'avoir plus exercé d'activité physique quelconque depuis 1999, il a admis - après que, dans une affaire connexe introduite par lui devant la Cour de céans, l'Office de l'assurance-invalidité pour le canton de Vaud avait produit un rapport de l'organisme chargé du contrôle des chantiers de la construction, révélant que des inspecteurs avaient constaté sa présence le 17 juin 2009 sur un chantier, où il travaillait comme carreleur - avoir effectivement travaillé sur ce chantier du 10 au 17 juin 2009, durant 47 heures.

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 al. 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 LPGA). Le

présent recours, formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) et selon les formes prescrites par le droit fédéral (cf. art. 61 let. b LPGA) est recevable; il y a lieu d'entrer en matière.

2. La contestation porte sur l'existence d'une rechute, à propos des troubles de l'épaule gauche, consécutive à l'accident du 1^{er} juillet 1999, survenu à une date à laquelle le recourant était assuré auprès de la CNA.

a) aa) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel ou non. Le droit à des prestations suppose notamment entre l'événement 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 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 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. 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'événement assuré. 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, 402 consid. 4.3.1). Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'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 de l'assuré 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 l'accident (statu quo sine).

bb) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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).

cc) La notion d'accident est définie à l'art. 4 LPGA: il s'agit de 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. L'art. 6 al. 2 LAA permet au Conseil fédéral d'inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Il a été fait usage de cette possibilité à l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les élongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h).

Cette réglementation a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions

mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 4.2 et les références citées).

b) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Le juge apprécie librement les preuves médicales. Il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. Un rapport médical a une valeur probante pour autant que les points litigieux 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'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 dûment 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)

c) Lorsque la contestation porte sur l'existence d'une rechute ou séquelle tardive, la jurisprudence fédérale retient qu'il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (cf. notamment TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 2.2; TF 8C_92/2010 du 6 octobre 2010, consid. 2, et les références).

d) En l'espèce, le recourant n'a pas produit de rapport médical où un spécialiste retiendrait l'hypothèse d'une origine traumatique des troubles de l'épaule gauche, et singulièrement d'un lien entre l'accident de l'été 1999 (le facteur extérieur) et l'atteinte diagnostiquée en 2009. En somme, le recourant s'est borné à affirmer, de manière tout à fait théorique, qu'une expertise orthopédique pourrait démontrer ce lien de causalité.

Le temps écoulé entre l'accident et l'annonce de la rechute – plus de dix ans – est long. Dans ces circonstances, l'assuré ne peut pas se limiter à un raisonnement théorique mais il doit établir l'existence du rapport de causalité en invoquant des éléments concrets. Il doit en particulier expliquer, lorsqu'il a été examiné par des médecins après l'accident, pourquoi une rechute pourrait survenir alors que l'atteinte à la santé n'avait pas été identifiée à l'origine.

Le médecin d'arrondissement de la CNA a relevé à juste titre qu'il n'y avait aucun élément, dans le dossier médical du recourant, susceptible d'établir une origine traumatique, le 1^{er} juillet 1999, de l'atteinte litigieuse. Comme le recourant a émis des plaintes variées, y compris à propos de douleurs aux épaules, des spécialistes avaient également examiné cette région du corps, y compris sur la base d'images radiologiques, peu après l'accident. Il n'est pas vraisemblable qu'une atteinte traumatique sérieuse de la coiffe des rotateurs ait pu échapper aux médecins à l'époque, quand bien même le recourant avait subi

plusieurs autres blessures. L'analyse de la situation par le médecin de la CNA, spécialiste en chirurgie orthopédique, est probante.

Il convient aussi de relever que le recourant n'est pas crédible quand il affirme que l'accident de l'été 1999 serait en définitive le dernier événement à prendre en considération parce qu'il n'aurait plus fourni aucun effort physique dans les dix années suivantes. Vu l'incombance prévue par la jurisprudence en cas de rechute alléguée, il n'est pas admissible de cacher un emploi (en tout cas) comme ouvrier de chantier dans les mois précédant l'annonce de rechute.

Quoi qu'il en soit, la situation est suffisamment claire, sur la base du dossier et du rapport du médecin d'arrondissement, et vu l'incombance précitée, de sorte que la Cour de céans n'a pas à ordonner une expertise médicale.

Dans ces conditions, la CNA n'a pas violé le droit fédéral. Les griefs du recourant sont mal fondés. Le recours doit donc être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

3. Il y a lieu de statuer sans percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). L'assureur intimé, qui n'est du reste pas représenté par un avocat, n'a pas droit à des dépens.

**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 14 juillet 2010 par la Caisse nationale d'assurance en cas d'accidents est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires.

IV. Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

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

- Me Philippe Nordmann, avocat (pour E. _____),
- 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).

La greffière :