

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 7 juin 2019

Composition : M. PIGUET, président
Mmes Brélaz Braillard et Dessaux, juges
Greffière : Mme Laurency

Cause pendante entre :

M._____, à [...], recourant, représenté par Me Charles Guerry, avocat à Fribourg,

et

W._____ **SA**, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. **a)** M. _____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1989, travaille à 100 % en qualité de trader auprès de la société [...] SA. Il est à ce titre assuré obligatoirement contre le risque d'accidents auprès de W. _____ SA (ci-après : W. _____ SA ou l'intimée).

b) Le 10 décembre 2015, M. _____ a été victime d'un accident - une chute dans des escaliers - qui a entraîné une hospitalisation du 14 au 18 décembre 2015 au sein du service de neurochirurgie de l'Hôpital de [...]. Les diagnostics suivants ont été posés :

Medio-linkslaterale, sequestrierte Diskushernie LWK 5/SWK 1 mit Tangierung der linken L5 Wurzel und der linken S1 Wurzel mit hochakutem sensomotorischem Ausfall links ED 14.12.2015

- Nach Sturz am 10.12.2015
- CT LWS 14.12.2015 (extern): keine Fraktur, kleine Diskushernie L5-S1 paramedian links und intraforaminär
- MRI LWS vom 14.12.2015: Medio-linkslaterale, sequestrierte Diskushernie LWK 5/SWK 1 mit Tangierung der linken L5 Wurzel und der linken S1 Wurzel.

Le 15 décembre 2015, l'assuré a subi une fenestration interlaminaire L5/S1 avec séquestrectomie et microdiscectomie.

D'après un avis du 1^{er} février 2016 du Dr T. _____, médecin-conseil et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, le mécanisme du déroulement de l'accident était à même d'être à l'origine des résultats et diagnostics posés avec une probabilité prédominante. Une hernie discale avait été décompensée sur une chute avec parésie immédiate du pied droit. Le retour à l'état antérieur était atteint à six mois postopératoires. Une reprise partielle ou complète du travail pouvait être envisagée à la mi-février 2016.

Par formulaire rempli le 6 avril 2016, l'assuré a indiqué que le traitement avait, à l'exception de séances de physiothérapie (dernière séance le 30 juin 2016 selon facture de la même date), pris fin le 20

janvier 2016 et qu'il avait repris le travail à 100 % à compter du 25 janvier 2016.

c) Le 19 août 2016, M. _____ a ressenti un blocage intense et douloureux au niveau du bas du dos après un mouvement de rotation du tronc effectué en jouant au golf (déclaration d'accident du 13 septembre 2016).

L'assuré a été hospitalisé du 21 août au 9 septembre 2016 au sein du service de rhumatologie du Centre G. _____, où a été posé le diagnostic de lombo-sciatalgie L5 sur protrusion discale L5-S1 et remaniements inflammatoires L5-S1-S2 à gauche, avec déficit de force du releveur de l'hallux et pied gauche, transitoire, et hypoesthésie tronquée dans le territoire L5 gauche (rapport du 27 septembre 2016).

Par formulaire rempli le 13 octobre 2016, l'assuré a indiqué qu'il avait repris son activité en plein temps à compter du 3 octobre 2016.

d) Le 18 novembre 2016, l'employeur a annoncé une rechute de l'accident du 10 décembre 2015. Il était précisé que M. _____ : *« a une hernie discale. Il n'y a pas eu d'élément déclencheur pour cette rechute. La douleur est revenue et il va sans doute être opéré à nouveau »*. Le travail avait été interrompu à partir du 7 novembre 2016.

D'après les résultats d'une IRM réalisée le 30 novembre 2016, l'assuré présentait une discopathie L5-S1 avec une hernie discale sous-ligamentaire de topographie médiane et un prolapsus du disque en foraminaux gauche. Un rehaussement inflammatoire était visible autour de l'émergence S1 gauche.

Par décision du 3 janvier 2017, W. _____ SA a refusé d'allouer des prestations en lien avec les rechutes annoncées, motifs pris que les troubles actuels n'étaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, en relation de causalité naturelle avec l'accident du 10 décembre 2015. L'assuré a formé opposition contre cette décision.

Selon un rapport du 12 janvier 2017, le Dr B._____, spécialiste en neurochirurgie, a indiqué que l'assuré présentait depuis le 19 août 2016 des lombosciatiques prédominant du côté droit, par instabilité post-chirurgicale L5-S1 à la suite de l'intervention de décembre 2015. Selon ce médecin, on pouvait admettre que l'accident du 10 décembre 2015 continuait à jouer un rôle causal partiel dans les troubles qui étaient apparus le 19 août 2016 et pouvait justifier une éventuelle deuxième chirurgie.

Dans un rapport du 25 janvier 2017, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué ce qui suit :

Ce patient a effectivement présenté une hernie discale L5-S1 en décembre 2015 qui a nécessité un geste en urgence de cure de hernie discale. L'intervention a donné un bon résultat, et suite à un faux mouvement en août 2016 est apparue une symptomatologie identique et du côté gauche dont l'origine était une récurrence de sa hernie discale.

Je considère pour ma part qu'il est bien évident que l'intervention réalisée en décembre 2015 a consisté à pratiquer l'ablation du fragment herniaire associé à un curetage discal incomplet, comme c'est souvent le cas, cette intervention a entraîné une faiblesse de cet espace avec disparition des qualités mécaniques du disque et installation d'une instabilité à ce niveau, la sollicitation répétée de ce disque a entraîné l'apparition d'une nouvelle hernie. Ceci n'est pas rare, survient assez fréquemment chez les personnes jeunes et je considère pour ma part qu'il s'agit bien évidemment d'une rechute de l'intervention de 2015 et donc de l'accident ; l'accident a entraîné l'apparition de cette hernie, l'intervention a été responsable d'une diminution des qualités mécaniques du disque restant et l'apparition d'une nouvelle hernie même si elle est du côté controlatéral.

Ce mouvement de swing au golf n'est qu'un épiphénomène, il y a de fortes probabilités que cette hernie se serait recréée de toute manière.

L'assuré a subi une nouvelle intervention (spondylodèse L5-S1 par voie postérieure) le 7 février 2017.

Dans le cadre de l'instruction du dossier, W._____, SA a confié la réalisation d'une expertise neurologique au Dr D._____,

spécialiste en neurologie. Il ressort de son rapport du 22 janvier 2018 que l'assuré présentait une évolution favorable à la suite des deux opérations subies et qu'il avait repris le travail à 100 % en août 2017. Le Dr D. _____ a relevé les éléments suivants :

[...] le médecin-conseil de l'assureur accident avait retenu un retour au statu quo sine à 6 mois, ce qui nous apparaît plutôt large si l'on tient compte du traumatisme tel que décrit par l'assuré, peu sévère, caractérisé par un choc lombaire, et qui ne peut être considéré comme véritablement adéquat selon les critères reconnus.

En d'autres termes, à partir du 15.06.2016, le retour au statu quo sine doit être reconnu. Dès lors la récurrence de lombosciatalgies gauches apparue en août 2016, entraînant les conséquences susmentionnées, est de nature malade, et sans lien de causalité naturelle avec l'événement du 10.12.2015.

Selon un avis du 16 avril 2018 du Dr T. _____, dès le moment où le problème neurologique aigu était réglé sans séquelles, ce qui était le cas de l'assuré, la pathologie résiduelle redevenait en relation avec les troubles dégénératifs préexistants de manière prépondérante, ceci d'autant plus qu'il y avait eu un espace libre jusqu'à un nouveau mouvement brusque de torsion lors d'un swing.

Par décision sur opposition du 23 août 2018, W. _____ SA a nié le droit de l'assuré aux prestations d'assurance pour les rechutes annoncées à partir du mois d'août 2016, se référant à l'expertise du Dr D. _____.

B. Par acte du 24 septembre 2018, M. _____, par l'intermédiaire de son conseil, a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme, en ce sens que W. _____ SA prenne en charge le traitement médical et le versement des indemnités journalières en relation avec la rechute du 19 août 2016. En substance, il a fait valoir que la hernie discale opérée le 15 décembre 2015 avait été déclenchée par l'accident du 10 décembre 2015, aucun trouble dégénératif préexistant des disques n'ayant été diagnostiqué. Elle était donc partiellement due à la chute du 10 décembre 2015. Compte tenu du très bref laps de temps qui s'était écoulé entre la

fin du traitement de physiothérapie le 30 juin 2016 et la réapparition des troubles et douleurs lombaires le 19 août 2016, il existait une relation d'étroite continuité entre l'accident, l'opération du 15 décembre 2015 et la récurrence survenue le 19 août 2016. Il n'y avait donc pas de rechute selon l'assuré, mais une conséquence directe de la hernie discale survenue le 10 décembre 2015 et de l'opération qui s'en était suivie. Le retour à l'état antérieur n'avait donc pas été atteint le 19 août 2016.

Dans sa réponse du 25 octobre 2016, W. _____ SA a conclu au rejet du recours.

Répliquant le 8 novembre 2018, l'assuré a renoncé à déposer des explications complémentaires et a renvoyé à son recours du 24 septembre 2018.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'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 peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents liées aux avis de rechute des 13 septembre et 18 novembre 2016.

3. Les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

4. a) 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. Selon 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.

b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1).

c) 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) 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 fédérale 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 affection 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 et les références citées ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3).

e) Selon l'expérience médicale, pratiquement toutes les hernies discales s'insèrent dans un contexte d'altérations 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 (TF 8C_32/2014 du 22 décembre 2014 consid. 2.3 et les références citées). 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_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.1 et les références citées).

f) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

5. En l'espèce, on constate que le dossier ne permet pas d'établir l'existence de symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement accidentel du 10 décembre 2015 et les rechutes annoncées par le recourant. En effet, compte tenu du mécanisme du premier accident, la hernie discale dont le recourant a souffert a été déclenchée (comme l'a admis le Dr T. _____ dans son avis du 1^{er} février 2016), mais n'a pas pu être provoquée par l'accident. Dans son expertise du 22 janvier 2018, le Dr D. _____ décrit un traumatisme peu sévère, qui ne pouvait être considéré comme véritablement adéquat selon les critères reconnus. Le recourant s'est par ailleurs rétabli relativement rapidement de la première intervention chirurgicale qu'il a subie, puisqu'il a pu reprendre son activité professionnelle en plein à compter du 25 janvier 2016 (formulaire du 6 avril 2016). Le Dr C. _____ constate à cet égard que l'intervention du 15 décembre 2015 avait donné un bon résultat

(rapport du 25 janvier 2017) et le Dr T._____ relève « l'espace libre » jusqu'à un nouveau mouvement brusque de torsion lors d'un swing (avis du 16 avril 2018). S'agissant de ce faux mouvement fait par le recourant le 19 août 2016 en jouant au golf, il est survenu sept mois après la reprise de l'activité professionnelle en janvier 2016. Le recourant n'a présenté au cours de ces sept mois aucun symptôme, de sorte qu'il semble difficile de retenir une notion de continuité. Le Dr T._____ avait du reste indiqué un *statu quo ante* six mois après l'opération du mois de décembre 2015 (rapport du 1^{er} février 2016), ce qui est confirmé par le Dr D._____ (rapport du 22 janvier 2018). Ce médecin constate également la nature malade de la récurrence. Force est ainsi de constater que les rechutes annoncées par le recourant constituaient en fait de nouvelles exacerbations douloureuses liées à l'état dégénératif de la colonne survenues en dehors de tout contexte d'accident. S'agissant des points de vue des Drs B._____ et C._____, ils ne sauraient être suivis faute de référence à des éléments objectifs étayant leur appréciation.

6. a) En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en ne prenant pas en charge les rechutes annoncées dès le mois d'août 2016. Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

b) La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de 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 23 août 2018 par W._____ SA est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni 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 Charles Guerry (pour M._____),
- W._____ SA,
- 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 :