

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 6 août 2019

---

Composition : M. PIGUET, président  
Mmes Berberat et Durussel, juges  
Greffier : M. Addor

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**Q.**\_\_\_\_\_, à **B.**\_\_\_\_\_, (France), recourant,

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'assuré ou le recourant), né en 1970, travaillait depuis le 18 avril 2018 en qualité de grutier dans le cadre d'une mission temporaire. A ce titre, il était assuré obligatoirement contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée).

Le 15 juin 2018, Q. \_\_\_\_\_ a été victime d'un accident de travail (chute d'une hauteur d'environ un mètre) avec réception sur le bas du dos et les fesses. Il a subi à cette occasion une contusion du sacrum et du coccyx (rapport du Département des urgences de l'Hôpital P. \_\_\_\_\_ du 15 juin 2018).

Le même jour, le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-chef au Service de radiologie de l'Hôpital P. \_\_\_\_\_, a effectué une radiographie des « hanches gauche et droite profil couché, bassin face profil, colonne lombaire face profil ». Dans son compte-rendu du 18 juin 2018, il a constaté qu'il n'y avait pas de fracture décelable de la colonne lombaire. Les articulations coxo-fémorales et sacro-iliaques étaient sans lésions, de même qu'il n'y avait pas de fracture ou d'autre lésion ostéoarticulaire décelable du bassin ou des hanches.

Le 22 juin 2018, Q. \_\_\_\_\_ a fait l'objet d'un scanner du rachis lombaire. Cet examen n'a pas révélé de signe de hernie discale aux différents étages explorés. Il a en revanche mis en évidence une lombarthrose débutante en L3 et L4 ainsi qu'une surcharge au niveau des sacro-iliaques.

Une radiographie du bassin, du coccyx, de la hanche droite et du fémur droit pratiquée le 26 juin 2018 n'a révélé qu'un discret déséquilibre pelvien avec abaissement du côté droit estimé à 4,4 mm. Il n'y avait en revanche pas d'anomalie coxo-fémorale ni sacro-iliaque, pas

d'anomalie osseuse suspecte visible, pas d'anomalie sacro-coccygienne patente identifiable et pas d'anomalie notable du fémur droit.

En raison de douleurs fessières irradiant au niveau de la cuisse droite, Q.\_\_\_\_\_ a subi un scanner du bassin réalisé le 6 septembre 2018, lequel a montré que les articulations coxofémorales présentaient un aspect morphologique normal et comparable. Il n'y avait aucun remaniement ostéo-nécrotique ou dégénératif coxarthrosique visible à droite comme à gauche ni anomalie des cadres obturateurs ou de la symphyse pubienne. Les loges tendino-musculaires conservaient une échostructure et une insertion normale et comparable. Il n'y avait aucun épanchement intra-articulaire visible notamment au niveau de l'articulation coxo-fémorale droite.

Au vu des douleurs persistantes présentées par l'assuré, une échographie de la région lombaire basse et de la région de la face externe de la cuisse droite a été pratiquée le 13 novembre 2018. Si elle a mis en évidence au niveau lombaire bas un gros lipome mesurant largement 7 cm de grand axe, il n'y avait en revanche aucune anomalie identifiable dans la région fessière externe droite, en particulier pas de signe de tendinite du moyen fessier droit.

Le 17 janvier 2019, le Dr W.\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie, médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a procédé à l'appréciation médicale du cas en exposant ce qui suit :

Le 15.06.2018, ce patient âgé actuellement de 49 ans, grutier, Français, a dégringolé d'un talus, se recevant sur le bas du dos et les fesses. Il a consulté le jour même à l'Hôpital P.\_\_\_\_\_ où on a retenu le diagnostic de contusion sacro-coccygienne, évoquant une éventuelle fissure du coccyx.

Cet accident est survenu chez un patient qui présente des lombalgies chroniques depuis plusieurs années sur troubles dégénératifs, comme cela ressort d'un autre dossier dans lequel la Suva avait été amenée à mettre un terme à ses prestations au 28.02.2013, motif pris que les troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à un accident survenu le 27.11.2012, mais exclusivement de nature malade ([...]).

Le 22.06.2018, le bilan a été complété par un scanner du rachis lombaire qui n'a retrouvé que des lésions dégénératives connues. Par la suite, il semble que le patient a développé des pygalgies D et le 06.09.2018, un scanner au bassin a été effectué qui s'est révélé sans anomalie. Le 13.11.2018, on a encore fait une échographie de la région lombaire basse et de la face externe de la cuisse D qui n'a révélé qu'un gros lipome.

La Suva a essayé à de multiples reprises d'entrer en contact avec l'assuré sans succès.

Il convient donc de statuer sur la base des actes du dossier.

S'il est possible que ce patient ait effectivement fait une chute assez spectaculaire le 15.06.2018, force est cependant de relever qu'elle n'a entraîné aucune lésion structurelle qu'on puisse lui rapporter, décompensant peut-être passagèrement des lombalgies chroniques, comme lors de l'accident du 27.11.2012. Dans ce genre de situation, on a coutume d'admettre que l'accident ne déploie plus d'effets après 3 mois, 6 mois au maximum.

Le 21 janvier 2019, la CNA a rendu une décision aux termes de laquelle elle a mis un terme au versement de ses prestations (indemnité journalière et frais de traitement) dès le 18 décembre 2018. Faisant siennes les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_, elle a considéré que les troubles qui subsistaient n'étaient pas dus à l'accident du 15 juin 2018.

Il ressort d'un compte-rendu d'IRM du rachis lombaire du 19 octobre 2018 reçu par la CNA le 23 janvier 2019 qu'il n'y avait pas d'anomalie lombaire patente identifiable, hormis un gros lipome de la région lombaire médiane basse. Aucun tassement n'a été observé.

L'assuré n'ayant pas retiré la décision du 21 janvier 2019 notifiée sous pli recommandé, celle-ci lui a été réexpédiée en date du 19 février 2019.

Le 28 février 2019, Q.\_\_\_\_\_ s'est opposé à la décision du 21 janvier 2019, en faisant valoir que ses douleurs au coccyx s'étendaient aux articulations et qu'il n'avait ressenti aucune amélioration depuis l'accident dont il avait été victime.

Par décision sur opposition du 10 avril 2019, la CNA a rejeté l'opposition formée par l'assuré contre sa décision du 21 janvier 2019.

**B.** Par acte du 29 avril 2019, Q. \_\_\_\_\_ a recouru contre cette décision devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Vaud. Contestant l'arrêt du versement des prestations d'assurance, il a fait valoir que son traitement médical n'était pas terminé. Il était en outre toujours en arrêt de travail en raison des douleurs présentées à la suite de l'accident du 15 juin 2018.

Dans un acte non daté reçu par le greffe de la Cour de céans le 5 juin 2019, Q. \_\_\_\_\_ a répété qu'il souffrait toujours de douleurs lombaires depuis l'accident du 15 juin 2018. Reprochant à la CNA le fait de ne pas avoir été examiné par l'un de ses médecins, il a joint une liasse de divers documents médicaux dont un certificat du 28 mai 2019 du Dr Z. \_\_\_\_\_, médecin traitant, attestant que son patient se plaignait d'une lombosciatalgie droite.

Dans sa réponse du 13 juin 2019, la CNA a fait savoir qu'en l'absence d'élément nouveau, il n'y avait pas lieu de s'écarter de la décision attaquée à laquelle elle renvoyait. Elle a, en conséquence, conclu au rejet du recours.

### **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 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 au-delà du 17 décembre 2018, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 15 juin 2018 et les troubles persistants.

**3. 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.

**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).

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).

**c)** En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel*

*ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C\_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

**4.** D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la 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 médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

**5.** Il est établi que le recourant a été victime d'un événement traumatique le 15 juin 2018 (chute avec réception sur le bas du dos et les fesses).

**a)** Selon le Dr W.\_\_\_\_\_ (cf. appréciation médicale du 17 janvier 2019), l'accident n'a entraîné aucune lésion structurelle mais n'a eu pour effet que de décompenser douloureusement un état maladif antérieur non algique jusqu'alors. Pour ce médecin, seule la présence de lésions dégénératives connues de longue date pouvait expliquer la persistance des douleurs dont se plaignait le recourant.

**b)** Il n'y a pas lieu de s'écarter de l'appréciation faite par le Dr W.\_\_\_\_\_, laquelle constitue une synthèse objective de la situation médicale, fondée sur les documents d'imagerie versés au dossier.

**aa)** En particulier, la radiographie des hanches, du bassin et de la colonne lombaire pratiquée le 15 juin 2018 n'a pas mis en évidence de fracture de la colonne lombaire, du bassin ou des hanches. Elle n'a pas non plus révélé d'autres lésions ostéoarticulaires. Un scanner du rachis lombaire du 22 juin 2018 a toutefois permis de constater l'existence d'une lombarthrose débutante en L3-L4 mais sans signe de hernie discale aux différents étages explorés. L'IRM du rachis lombaire réalisée le 19 octobre 2018 n'a pas non plus mis en évidence de tassement des vertèbres. La radiographie du bassin, du coccyx, de la hanche droite et du fémur droit effectuée le 26 juin 2018 était sans anomalie particulière. Quant à l'échographie de la région lombaire basse et de la région de la face externe de la cuisse droite du 13 novembre 2018, elle était également sans anomalie identifiable dans la région fessière externe droite hormis la présence d'un lipome au niveau lombaire bas.

**bb)** Cela étant, les conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_ sont conformes à la jurisprudence (et à la littérature médicale) selon lesquelles le genre de traumatisme subi par le recourant (contusion du sacrum et du coccyx associée à des lombalgies) cesse de produire ses effets quelques mois (six en général) après la survenance de l'événement accidentel (TFA U 483/00 du 9 juillet 2001 consid. 4c et les arrêts cités). Par ailleurs, l'aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident est prouvée seulement lorsque les investigations radiologiques mettent en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (RAMA 2000 n° U 363, p. 46 consid. 3a et les références). Or, les documents médicaux figurant dans le dossier n'ont pas permis de mettre en évidence de telles lésions.

**c)** Dans ce contexte, l'argument principal mis en avant par le recourant selon lequel les douleurs sont apparues après l'accident et

qu'elles n'ont pas entièrement disparu depuis lors malgré les traitements entrepris ne lui est d'aucun secours. On ne saurait en effet retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie sur la base de ce seul élément car cela revient à se fonder sur le principe *post hoc ergo propter hoc*, lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. consid. 3b ci-dessus). Au demeurant, le fait que le Dr W.\_\_\_\_\_ n'ait pas examiné personnellement le recourant importe peu. Son appréciation repose sur un dossier médical qui contient suffisamment d'indications médicales fiables et concordantes qui, elles, se fondent sur un examen personnel de l'assuré.

**d)** En l'absence d'éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr W.\_\_\_\_\_, selon lesquelles l'effet délétère de l'accident est à considérer comme éteint six mois après sa survenance, c'est à juste titre que l'intimée a supprimé le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents dès le 18 décembre 2018.

**6.** Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

**7.** 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  
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
  
- II.** La décision sur opposition rendue le 10 avril 2019 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
  
- III.** Il n'est pas perçu de frais de justice 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 :

- M. 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 :