

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 2 février 2024

---

Composition : Mme GAURON-CARLIN, présidente  
MM. Piguet, juge, et Gutmann, assesseur  
Greffière : Mme Huser

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**E.** \_\_\_\_\_, à [...] ([...]), recourant,

et

**SOCIÉTÉ D'ASSURANCES A.** \_\_\_\_\_, à [...], intimée.

---

**Art. 6 et 16 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A.** E.\_\_\_\_\_, né le 11 juin 1973, a travaillé auprès de [...] SA en qualité de cuisinier jusqu'au 30 novembre 2021. Il était à ce titre assuré des conséquences des accidents professionnels et non professionnels et des maladies professionnelles auprès d'Société d'assurances A.\_\_\_\_\_  
(ci-après : [...] ou l'intimée).

Par déclaration d'accident du 3 décembre 2021, l'employeur a informé Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ qu'en date du 23 novembre 2021, E.\_\_\_\_\_ avait eu un accident de la circulation routière. Alors que celui-ci se trouvait au volant de son véhicule, à l'arrêt, dans un bouchon sur l'autoroute, il a été percuté à l'arrière par un motard. Des contusions au bras droit ont été rapportées.

Par courriel du 10 décembre 2021, l'assuré a précisé que l'accident avait eu lieu le 26 novembre 2021, qu'il avait repris le travail le 29 novembre 2021 malgré des douleurs et que le 2 décembre 2021, sa médecin traitante, la Dre O.\_\_\_\_\_, l'avait mis en arrêt de travail pour quinze jours.

Par certificat médical du 14 décembre 2021, la Dre O.\_\_\_\_\_ a prolongé l'arrêt de travail de l'assuré pour une durée de vingt-quatre jours, en raison de douleurs persistantes. Elle a précisé que les radiographies étaient normales et a prescrit des séances de physiothérapie et d'ostéopathie.

Dans une appréciation médicale du 16 décembre 2021, le Dr V.\_\_\_\_\_, médecin-conseil d'Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a indiqué ce qui suit :

« Pour cet assuré :  
Accident de la voie publique sur autoroute.

**26 11 21 rapport médecin traitant doctoresse O.\_\_\_\_\_ :  
limitation de l'amplitude du rachis cervical, cervicalgies,**

**paresthésies dans la main, douleurs du trapèze droit. Douleurs invalidantes, port de charge difficile, radios sans particularités. »**

Ce médecin a encore répondu qu'il fallait prévoir une durée de traitement de quatre mois, que le pronostic était favorable s'il n'y avait pas de fracture, que le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité (IPAI) n'était pas ouvert et que la date de retour au *statu quo* devait être rediscutée à la fin du mois de mars.

L'arrêt de travail de l'assuré a été prolongé de trente jours à trois reprises, en janvier, février et mars 2022.

Une IRM [imagerie par résonance magnétique] du coude droit a été effectuée le 18 janvier 2022. Dans le rapport y relatif, daté du même jour, le Dr M.\_\_\_\_\_, spécialiste en radiologie, a mentionné, au vu des images, pencher vers une tendinose du tendon conjoint de l'épicondyle latéral qui pouvait faire l'objet d'une infiltration locale avec microperforation, laquelle a été réalisée le 23 février 2022. Sous « indication », il a précisé « douleur plutôt latérale à distance d'un traumatisme direct. Douleur de type plutôt inflammatoire, avec raideur matinale, impotence modérée. Douleur à la pression de l'épicondyle latéral ».

Par avis du 1<sup>er</sup> mars 2022, le médecin-conseil d'Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ a mentionné que la tendinose du tendon conjoint mise en évidence par l'IRM était une pathologie médicale dégénérative, en l'absence de déchirure récente avec œdème, et qu'elle était probablement préexistante à l'accident. Il a retenu que l'assuré souffrait d'un traumatisme du rachis cervical (M 542) sans lésion traumatique récente mise en évidence par les examens radiologiques, de sorte que le *statu quo sine* serait atteint le 20 mars 2022, à savoir quatre mois après l'accident selon la littérature médicale, pour cette contusion rachidienne. Il a précisé qu'il était probable que les lésions soient toujours en lien de causalité avec l'accident, et que la durée de l'incapacité de travail était à prévoir jusqu'au 22 mars 2022, date d'atteinte du *statu quo sine*.

Ayant informé l'assuré, le 3 mars 2022, qu'elle entendait mettre fin aux indemnités journalières et à la prise en charge de son traitement médical, Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ a reçu une contestation de celui-ci. Dans un rapport du 17 mars 2022, produit à l'appui de la contestation, la Dre O.\_\_\_\_\_ a notamment mentionné qu'au départ, les cervicalgies avaient orienté vers des examens du rachis cervical mais que le coude droit avait, dans les suites, présenté des douleurs intenses conduisant à la réalisation d'une IRM. Elle a expliqué que si ces lésions de tendinose n'étaient pas apparentes dès l'accident, elles étaient clairement en rapport avec lui, son patient n'ayant jamais eu auparavant de douleurs du coude droit. Elle a encore précisé que des soins étaient nécessaires pour une durée indéterminée, soit de la physiothérapie, une nouvelle infiltration en mars 2022, ainsi que des antalgiques à la demande.

Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ a soumis le rapport de la Dre O.\_\_\_\_\_ précité à son médecin-conseil qui a admis, le 21 mars 2022, de reporter le *statu quo sine* au 15 avril 2022 compte tenu de la réalisation d'une infiltration le 25 mars 2022. La fin du versement des prestations d'assurance a ainsi été reporté au 16 avril 2022.

Par décision du 24 mars 2022, Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assuré que les prestations d'assurance ne seraient plus servies à partir du 16 avril 2022, le *statu quo* étant atteint le 15 avril 2022.

L'assuré a fait à nouveau opposition, arguant qu'il n'avait jamais été traité auparavant pour un problème au coude. Il a transmis un nouveau certificat d'arrêt de travail, attestant d'une incapacité de travail de trente jours à 100% dès le 11 avril 2022.

Un nouveau certificat médical établi par la Dre O.\_\_\_\_\_, prolongeant l'incapacité de travail de l'assuré de dix jours à 100% à compter du 11 mai 2022, a été fourni le 16 mai 2022.

Par courriel du 23 mai 2022, l'assuré a requis le versement des indemnités journalières jusqu'à la « date de consolidation ». Il a joint un certificat médical du 20 mai 2022 de la Dre O.\_\_\_\_\_, attestant d'une reprise de travail à 60% dès le 21 mai 2022.

L'assuré a encore fourni un certificat médical du 18 juillet 2022 de la Dre O.\_\_\_\_\_, par lequel celle-ci a attesté d'une consolidation de l'état de santé de son patient au 18 juillet 2022 avec séquelles (douleurs de l'épicondyle droit et perte de force motrice, soulèvement de poids difficile, surtout lors de gestes répétés).

Par décision sur opposition du 15 août 2022, Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 24 mars 2022 fixant le *statu quo sine* au 15 avril 2022.

**B.** Par acte du 15 septembre 2022, E.\_\_\_\_\_ a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (CASSO) contre la décision sur opposition précitée, en concluant à la mise en œuvre d'une expertise médicale, à la reprise du versement des indemnités journalières, à la détermination d' « un taux d'incapacité adéquat avec les séquelles et les dégâts mentionnés dans le certificat de consolidation » et à la prise en compte de la difficulté de se réinsérer dans le monde du travail compte tenu de son âge et de son état de santé. Il fait en substance valoir qu'aucune expertise n'a été mise en œuvre pour constater son état de santé, que le lien de causalité entre l'accident du 26 novembre 2021 et ses douleurs au membre supérieur droit est établi, puisque ces dernières ont immédiatement suivi l'accident et qu'il n'a aucun antécédent, que la cessation du versement des indemnités journalières est prématurée car son état de santé n'est pas stabilisé et car il n'est pas capable de reprendre une activité lucrative. Subsidiairement, il argue que si le lien de causalité ne devait pas être reconnu, il convenait de qualifier l'origine de ses douleurs de maladie professionnelle.

Par réponse du 22 novembre 2022, Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ soutient que l'appréciation médicale de son médecin-conseil est

suffisante et qu'une expertise ne se justifie pas. Elle rappelle que selon l'adage « *post hoc ergo propter hoc* », le fait que des douleurs soient apparues après l'accident ne suffit pas à établir la preuve d'un lien de causalité, et nie avoir reçu une déclaration de maladie professionnelle, si bien que la question de la qualification en une maladie professionnelle excède, selon elle, l'objet de la présente procédure.

Par réplique du 2 janvier 2023, le recourant rappelle la chronologie de l'apparition de ses douleurs et fait valoir que la causalité est certaine entre l'accident et ses douleurs. Il réfute à nouveau l'appréciation du médecin-conseil Société d'assurances A.\_\_\_\_\_, lequel aurait ignoré les rapports médicaux établis par ses propres médecins et rappelle qu'il bénéficie encore de séances de physiothérapie et doit prendre des anti-douleurs. Il précise ses conclusions, en ce sens qu'il conclut à la reconnaissance d'un lien de causalité entre ses douleurs et l'accident du 26 novembre 2021, à ce que des indemnités journalières lui soient versées jusqu'au « 22 mai 2022, date de consolidation », à un dédommagement « pour le préjudice moral et la perte de gain » et à la mise en œuvre d'une expertise « neutre » afin de définir le taux de la « perte de capacité » de son membre supérieur droit. Il a joint une attestation de la Dre O.\_\_\_\_\_ du 5 janvier 2023, mentionnant que son patient était toujours en soins dans le cadre de son accident du 26 novembre 2021.

Par duplique du 2 février 2023, Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ maintient ses conclusions.

### **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]), le recours est recevable.

**2.** Le litige porte sur la question du lien de causalité entre l'accident du 26 novembre 2021 et les douleurs dont souffre le recourant de manière persistante au membre supérieur droit après le 15 avril 2022.

**3. a)** Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Parmi ces prestations figurent notamment le droit à une indemnité journalière à l'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler (art. 6 LPGA) à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA).

**b)** Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références).

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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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).

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\_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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\_117/2020 du 4 décembre 2020 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références).

En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence ; TF 8C\_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1).

**4.** Il découle de l'art. 61 let. c LPGA que le juge apprécie librement les preuves médicales, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse, sans être lié par des règles formelles. 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 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\_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséculoologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par la personne assurée, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C\_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

**5.** Le recourant soutient tout d'abord que le lien de causalité entre l'accident et les douleurs qu'il ressent au membre supérieur droit qui perdurent est établi et qu'une origine dégénérative est exclue. Il se fonde en particulier sur les rapports de sa médecin traitante, la Dre O.\_\_\_\_\_.

Il faut relever que le médecin-conseil d'Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ a rendu des avis succincts (cf. rapports des 16 décembre 2021, 1<sup>er</sup> mars 2022 et 21 mars 2022) et peu motivés mais qu'il répond néanmoins clairement aux questions posées et avec cohérence, sur la base des documents du dossier. Ce médecin a estimé que l'accident avait cessé de déployer des effets près de cinq mois après sa survenance et que les douleurs résiduelles n'étaient plus en lien de causalité probable avec

l'accident du 26 novembre 2021. Il a en effet considéré que la tendinose du tendon conjoint, mise en évidence par l'IRM du coude droit réalisée le 18 janvier 2022, correspondait à une pathologie médicale dégénérative, en l'absence de lésion de déchirure avec œdème, et probablement préexistante à l'accident.

L'examen du dossier ne permet pas de s'écarter de ce constat : déjà dans l'attestation du 14 décembre 2021 - à trois semaines de l'accident - la Dre O.\_\_\_\_\_, médecin traitante, a précisé que les radiographies étaient dans la norme et n'a pas fait mention d'une évolution défavorable de l'état de santé de son patient par rapport aux suites normales de telles lésions. Elle a uniquement rapporté les propos de celui-ci au sujet de la douleur, sans discuter ou motiver son attestation. Dans sa lettre du 17 mars 2022, la Dre O.\_\_\_\_\_ a fait état des circonstances de l'accident et a déclaré que les douleurs au coude droit suivaient cet événement, affirmant qu'en conséquence les douleurs étaient « clairement en rapport avec lui, le patient n'ayant jamais eu auparavant de douleurs au coude droit ». Ce faisant, la médecin se limite à une affirmation basée sur l'adage « *post hoc ergo propter hoc* », sans discuter ou argumenter plus avant, ce qui est insuffisant en droit des assurances-sociales. L'attestation médicale du 5 janvier 2023, remise par le recourant avec sa réplique, ne permet pas non plus de douter de cette constatation. La Dre O.\_\_\_\_\_ ne fait que dire qu'elle traite actuellement E.\_\_\_\_\_ dans le cadre de son accident, mais ne discute nullement du lien de causalité. Enfin, le document établi le 18 juillet 2022 par la médecin traitante ne fait que certifier que l'état de son patient est consolidé au 18 juillet 2022, mais n'est pas motivé plus avant, notamment quant au fait que le cas d'espèce a justifié un délai de recouvrement plus long que celui habituellement admis dans ce type d'accident. La Dre O.\_\_\_\_\_ n'évoque du reste pas la question de l'éventuel lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2021, même si elle écrit dans la marge le terme « accident » et la date du 26 novembre 2021. Force est donc d'admettre que les rapports de la médecin traitante sont impropres à remettre en cause l'avis du médecin-conseil.

Quant au rapport d'IRM du 18 janvier 2022 du Dr M. \_\_\_\_\_, il ne fait que certifier d'une clinique normale, sans lésion, sous réserve de l'aspect hypertrophié de l'insertion proximale du tendon conjoint de l'épicondyle latéral. Le document n'évoque nullement l'accident, ni l'éventuel lien de causalité entre l'atteinte et cet évènement, mentionnant uniquement sous « indication », une douleur plutôt latérale « à distance d'un traumatisme direct » sans plus de précisions. Il ne saurait donc remettre valablement en cause l'avis du médecin-conseil.

Il en va de même de l'attestation du kinésithérapeute, qui certifie uniquement suivre le recourant pour une tendinopathie du coude droit depuis janvier 2022, sans que l'on puisse déduire quoi que ce soit quant à l'éventuel lien de causalité avec l'accident.

En définitive, les rapports produits par le recourant ne permettant pas de remettre valablement en cause l'avis du Dr V. \_\_\_\_\_ qui a évalué la situation sur la base du dossier. Il n'y a donc aucun motif de s'en écarter. Il convient ainsi de considérer que le *statu quo sine* a été atteint le 15 avril 2022. C'est par conséquent à bon droit que l'intimée a cessé le versement des indemnités journalières en faveur de l'assuré à cette date.

**6.** Le dossier étant complet et permettant à la Cour de statuer en toute connaissance de cause, un complément d'instruction apparaît inutile et la requête formulée en ce sens par le recourant – soit la mise en œuvre d'une expertise – doit être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la conviction qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (sur l'appréciation anticipée des moyens de preuve, cf. ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1).

**7.** Le recourant fait encore valoir que dans l'hypothèse où l'accident ne serait plus en lien de causalité avec ses douleurs, celles-ci devraient être imputées à une maladie professionnelle.

Il ressort du dossier que le recourant s'est déjà prévalu de cet argument dans le cadre de l'instruction de la procédure devant l'autorité administrative, avant même qu'il ne recourt, faisant remarquer qu'il devait porter des charges lourdes. Cependant, avec l'intimée, il faut reconnaître que le dossier déféré concerne une déclaration d'accident, qui est bel et bien survenu le 26 novembre 2021, et que si l'assuré convient qu'il devrait s'agir d'une maladie (professionnelle), il aurait dû déposer une déclaration en ce sens. Aussi, il est correct d'affirmer que la question de la requalification est étrangère à l'objet du litige.

**8.** Manifestement mal fondé, le recours doit être rejeté, pour autant que recevable, et la décision sur opposition attaquée confirmée.

Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

Bien que l'intimée obtienne gain de cause, elle ne peut prétendre à des dépens de la part de la recourante. En effet, selon la jurisprudence, l'assureur social qui obtient gain de cause devant une juridiction de première instance n'a pas droit à des dépens, sous réserve du cas où la partie demanderesse a agi de manière téméraire ou témoigne de légèreté, ce qui n'est pas le cas en l'espèce en dépit du caractère succinct de la motivation du recours (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également TF 8C\_760/2008 du 30 avril 2009 consid. 6).

**Par ces motifs,  
la Cour des assurances sociales  
p r o n o n c e :**

- I. Le recours est rejeté, dans la mesure de sa recevabilité.
- II. La décision sur opposition rendue le 15 août 2022 par Société d'assurances A.\_\_\_\_\_ est confirmée.
- III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

**Du**

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

- E.\_\_\_\_\_,
- Société d'assurances A.\_\_\_\_\_,
- 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 :