

S2 23 80

ARRÊT DU 19 AOÛT 2024

**Tribunal cantonal du Valais
Cour des assurances sociales**

Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ;
Simon Hausammann, greffier

en la cause

X _____, recourant

contre

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA),
intimée

(art. 6 et 36 LAA ; rechute, lien de causalité)

Faits

A. X _____, né le xx.xx 1985, ressortissant serbe, a exercé une activité d'installateur sanitaire pour le compte de l'entreprise A _____ SA. A ce titre, il était assuré contre le risque d'accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (ci-après : CNA).

Le 15 mars 2011, il a chuté d'une hauteur de 2 à 3 mètres d'une échelle sur le flanc gauche. Amené en urgences à l'Hôpital de Sion pour une contusion, il a été mis en arrêt de travail jusqu'au 18 mars 2011 (dossier CNA, pièces 1 et 2). Dès lors qu'il ne souffrait pas de lésion particulière, l'assuré a rapidement pu reprendre son travail le 24 mars suivant.

B. Le 9 juin 2022, une rechute a été déclarée à la CNA par l'employeur de l'intéressé, au motif qu'il ressentait des douleurs au même endroit que lors de sa chute de 2011 après avoir porté du matériel (pièce 12).

Une IRM lombaire du 21 juin 2022 a montré un discret remaniement dégénératif mixte du coin antéro-supérieur de la vertèbre L3 avec une minime composante inflammatoire, ainsi qu'un phénomène d'épaulement de la jonction tête-col fémoral (pièce 19).

Selon le médecin traitant de l'assuré, la Dresse B _____, généraliste FMH, son patient présentait des douleurs lombaires depuis sa chute de 2011 et suivait un traitement à base d'antalgiques, de séances de physiothérapie et de massages médicaux (pièce 20). Ces douleurs l'empêchaient de maintenir son activité professionnelle (pièces 17, 24 et 29).

La CNA a soumis ce dossier à son médecin d'arrondissement, le Dr C _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie. Dans un avis du 13 septembre 2022, ce dernier a pointé l'absence de lésion structurelle séquellaire pouvant être attribuée à l'évènement du 15 mars 2011. A son avis, un lien de causalité avec cette chute était « tout au plus possible » (pièce 34).

Sur cette base, la CNA a fait savoir à son assuré qu'à défaut de lien de causalité avec l'évènement du 15 mars 2011, elle ne prendrait pas en charge la rechute annoncée le 9 juin 2022 (pièce 35).

Le 22 décembre 2022, l'intéressé a contesté cette communication et a requis le prononcé d'une décision formelle. Selon lui, l'avis du Dr C _____ ne pouvait pas

être suivi dès lors qu'il était contredit par celui de son médecin traitant (pièce 45). L'assuré a également produit un rapport du 31 août 2022 de la Dresse D _____, spécialiste en neurochirurgie, faisant état de lombalgies invalidantes présentes depuis quelques mois sous la forme d'un syndrome lombo-vertébral (pièce 46).

Dans une appréciation médicale du 15 février 2023, le Dr C _____ a relevé que, lors de sa chute du 15 mars 2011, l'assuré avait émis des plaintes au niveau du flanc gauche et de la hanche gauche et non au niveau du dos. En outre, une IRM du 22 novembre 2022 avait mis en évidence un aspect dégénératif aspécifique (au niveau du plateau supérieur de L3) dont le lien avec la chute en question était tout au plus possible. Concernant l'atteinte aux hanches, le médecin d'arrondissement a ajouté que les problèmes de conflit étaient reconnus comme d'origine dégénérative (pièce 52).

Le 18 avril 2023, l'assuré a versé en cause un rapport du 23 janvier 2023 de la Dresse B _____, relevant que le syndrome lombo-vertébral était en lien de causalité avec l'accident de 2011 et qu'il avait été exacerbé par la position « vicieuse » qu'il devait adopter au travail (pièce 60). Le 12 janvier 2023, la Dresse D _____ avait, pour sa part, indiqué que l'IRM n'avait pas mis en évidence de lésion traumatique, de sorte qu'elle ne pouvait pas établir de lien entre les troubles de son patient et le traumatisme de 2011 (pièce 60).

Du 10 octobre 2022 au 25 novembre suivant, l'intéressé avait été pris en charge au Centre médical de Lavey-les-Bains pour une rééducation intensive et multidisciplinaire. Dans un rapport du 16 janvier 2023, la Dresse E _____, spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation, a précisé n'avoir aucune certitude quant à un lien entre les troubles de son patient et l'accident de 2011 (pièce 60, p. 3). Le 20 février 2023, elle a relevé qu'il s'était réceptionné sur le côté gauche lors de sa chute du 15 mars 2011, alors que le type de lésion dont il souffrait en 2022 pouvait éventuellement être le résultat d'une chute avec réception sur les jambes ou les fesse (pièce 60, p. 4).

Se prononçant sur ces éléments, le Dr C _____ a relevé, le 26 avril 2023, qu'elles n'apportaient aucun nouveau diagnostic pouvant être attribué à l'évènement initial du 15 mars 2011. Selon lui, l'ensemble des pathologies étaient d'origine dégénérative (pièce 62).

C. Par décision du 5 mai 2023, la CNA a refusé de prendre en charge les troubles lombaires annoncés par l'assuré, au motif qu'ils n'étaient pas dans une relation de causalité avec l'accident du 15 mars 2011.

Le 2 juin 2023, l'intéressé s'est opposé à cette décision, estimant que l'avis du médecin d'arrondissement ne pouvait pas être suivi, puisqu'il était contredit par celui des Dresses B _____ et D _____. A son avis, il convenait d'ordonner une expertise (pièce 70).

Par décision sur opposition du 11 juillet 2023, la CNA a confirmé son refus de prise en charge en raison de l'absence de causalité naturelle avec l'évènement du 15 mars 2011.

D. X _____ a recouru céans contre cette décision sur opposition le 8 septembre 2023, concluant, sous suite de frais et dépens, à son annulation et à la prise en charge de la rechute annoncée en 2022. En substance, il a rappelé que la Dresse B _____ reconnaissait l'existence d'un lien de causalité, de sorte que l'avis du médecin d'arrondissement ne pouvait pas être suivi et qu'une expertise devait être mise en œuvre. Il a ajouté que des nouveaux rapports de ses médecins, se prononçant sur les images de son accident de 2011, seraient prochainement déposés.

Dans sa réponse du 10 octobre 2023, la CNA a relevé que le recourant n'avait allégué aucun élément nouveau et qu'il n'avait notamment pas déposé les rapports annoncés. Il convenait par conséquent de rejeter son recours.

En l'absence d'autre nouvelle du recourant, l'échange d'écritures a été clos le 13 novembre 2023. Aucune pièce médicale n'a été déposée par le recourant depuis.

Considérant en droit

1. Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

Posté le 8 septembre 2022, le présent recours contre la décision sur opposition du 22 juillet précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé des fêtes estivales (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant le tribunal compétent (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2. Le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant et la rechute annoncée le 13 juin 2022 en lien avec l'évènement du 15 mars 2011.

2.1. Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

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'évènement assuré. Les prestations d'assurance sont également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA ; 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 118 V 293 consid. 2c).

Les rechutes et séquelles tardives 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_421/2018 du 28 août 2018 consid. 3.1, in SVR 2019 n° 9 p. 26). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (arrêts du Tribunal fédéral 8C_115/2019 du 20 novembre 2019 consid. 3, 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2 avec les références [in SVR 2017 UV n° 19 p. 63] et 8C_331/2015 du 21 août 2015 consid. 2.2.2 [in SVR 2016 UV n° 18 p. 55]).

2.2. Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative

ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a).

L'autorité compétente 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 (arrêt du Tribunal fédéral 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt du Tribunal fédéral 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations

complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références).

Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2, 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 et U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 145 V 97 consid. 8.5, 142 V 58 consid. 5.1, 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

3. L'intimée a refusé de prendre en charge les troubles du recourant, annoncés comme rechute le 13 juin 2022, au motif qu'ils n'étaient pas en relation de causalité avec l'évènement du 15 mars 2011.

3.1. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement 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'évènement 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 *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 142 V 435 consid. 1, 129 V 177 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 avec les références).

En vertu de l'article 36 alinéa 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante ou statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et 135 V 39 consid. 6.1 avec les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références).

3.2. Dans le cas d'espèce, les différentes pièces du dossier permettent d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles présentés par le recourant en juin 2022 n'ont aucun lien avec sa chute du 15 mars 2011.

Le médecin d'arrondissement a relevé de manière probante que les imageries effectuées avaient montré des atteintes dégénératives (discret remaniement dégénératif mixte et phénomène d'épaulement de la jonction tête-col fémoral), que lors de sa chute de 2011 le recourant s'était essentiellement plaint de douleurs au niveau du flanc gauche

et de la hanche gauche, sans évoquer des troubles lombaires, et que cette chute n'avait pas occasionné de lésion structurelle (cf. avis du 13 septembre 2022 et 15 février 2023 ; pièces 34 et 52). Cette appréciation tient compte de l'anamnèse du recourant, prend en compte les différentes pièces médicales et repose sur des conclusions fondées et cohérentes. Il n'existe par conséquent aucune raison de s'en écarter, ce d'autant plus qu'il s'est écoulé plus de 11 ans entre l'évènement initial du 15 mars 2011 et la rechute annoncée le 9 juin 2022.

Les avis produits par le recourant n'aboutissent pas à un résultat différent et confirment au contraire l'absence de causalité. La Dresse D _____ a ainsi relevé le caractère dégénératif des troubles observés en juin 2022 en ajoutant qu'il n'existait pas de lésion traumatique, de sorte qu'elle n'était pas en mesure de rattacher ces troubles à la chute du 15 mars 2011 (cf. avis du 12 janvier 2023 ; pièce 60, p. 2). Pour la Dresse E _____, les lésions étaient également d'origine dégénérative et il lui était difficile de les attribuer à la chute de 2011, dès lors que son patient avait chuté sur le côté gauche et non sur le dos (cf. avis des 16 janvier 2023 et 20 février suivant ; pièce 60, pp. 3 et 4).

Quant à la Dresse B _____, son avis isolé, reliant les troubles de son patient à sa chute de 2011, n'est fondé sur aucun examen objectif mais sur sa seule « impression médicale », en plus d'être visiblement influencé par le lien particulier qui lie un médecin traitant à son patient (cf. avis du 23 janvier 2023 ; pièce 60, p. 1). Elle base en outre son appréciation sur un état de fait erroné selon lequel son patient serait tombé sur le dos en 2011 (cf. rapport initial LAA du 28 juillet 2022 ; pièce 20) alors que le rapport de consultation ambulatoire du 15 mars 2011 fait clairement état d'une chute et contusion sur le flanc gauche (pièce 2). Au demeurant, il est plus que vraisemblable que si les lésions du recourant étaient réellement exacerbées par la « position vicieuse qu'il doit utiliser à son travail » d'installateur sanitaire (pièce 60, p. 1), elles se seraient déjà manifestées par le passé et non uniquement après 11 ans de métier. Ce faisant, le médecin traitant du recourant ne démontre pas que les troubles de son patient seraient liés à un accident assuré.

3.3. Devant cette situation claire, la CNA pouvait sans autre refuser de prendre en charge la rechute annoncée par le recourant, à défaut de lien de causalité naturelle avec un évènement accidentel assuré (art. 6 al. 1 LAA). Par ailleurs, dans la mesure où les faits médicaux sont établis et qu'il n'existe aucun doute quant à l'origine dégénérative des plaintes de l'intéressé, il ne se justifie pas d'ordonner une mesure d'instruction complémentaire, à l'instar d'une expertise médicale telle que souhaitée par le recourant

(appréciation anticipée des moyens de preuve ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 et 140 I 285 consid. 6.3.1 avec les références citées).

Le recours, manifestement mal fondé, doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition du 11 juillet 2023 confirmée.

4. Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA ; la LAA ne prévoyant pas la perception de frais judiciaire), ni alloué de dépens au recourant (art. 61 let. g a contrario LPGA) ou à l'intimée (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid. 4a et les références).

Prononce

1. Le recours est rejeté.
2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 19 août 2024.