

**COUR DES ASSURANCES SOCIALES**

---

---

Arrêt du 30 mars 2022

---

Composition : M. PIGUET, président  
M. Neu et Mme Di Ferro Demierre, juges  
Greffière : Mme Guardia

\*\*\*\*\*

Cause pendante entre :

**D.** \_\_\_\_\_, à [...], recourant,

et

**CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS**, à  
Lucerne, intimée

---

**Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 LAA**

**E n f a i t :**

**A. a)** D.\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en [...], travaille comme logisticien pour le compte de [...] et est, à ce titre, assuré contre les 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 14 mai 2020, alors que D.\_\_\_\_\_ était en train de saisir une barrière de sécurité, d'autres barrières qui se trouvaient rangées contre elle sont tombées sur lui ; il a alors été projeté sur un rack en fer se trouvant au sol (déclaration de sinistre du 25 mai 2020). Les médecins de C.\_\_\_\_\_, qui ont examiné l'assuré le jour même, ont posé les diagnostics d'hématome sous-dural frontal infracentimétrique et de plaie frontale gauche, plaie qui a été immédiatement suturée (compte-rendu du scanner cérébral et thoracique du 14 mai 2020 ; rapport du 15 mai 2020).

**b)** Le 25 novembre 2020, l'employeur de l'assuré a annoncé une rechute - survenue le 24 novembre 2020 - et indiqué que « le choc de [l']accident a provoqué chez l'assuré une hernie par la suite ».

Dans le cadre de l'instruction du dossier, la CNA a réuni plusieurs documents médicaux posant en particulier les diagnostics de hernie discale paramédiane gauche en C4-C5, d'épicondylite médiale avec fissuration profonde du coude gauche et de fissuration profonde étendue sur 5 mm de diamètre transverse du tendon distal du sub-scapulaire gauche (cf. scanner du rachis cervical du 25 septembre 2020 ; échographie du coude gauche du 29 septembre 2020 ; échographie de l'épaule gauche du 29 septembre 2020 ; rapports des 30 septembre et 15 décembre 2020 de la Dre L.\_\_\_\_\_, médecin-traitant de l'assuré ; rapports des 10 novembre et 7 décembre 2020 du Pr. H.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie).

Se fondant sur l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr P.\_\_\_\_\_, spécialiste en orthopédie et traumatologie de l'appareil

locomoteur, la CNA a refusé de prendre en charge le traitement des troubles annoncés dès le 24 novembre 2020 au motif que ceux-ci n'étaient pas en lien de causalité avec l'accident du 14 mai 2020 (décision du 11 janvier 2021).

Par acte du 20 janvier 2021, complété les 29 janvier et 19 mars 2021, l'assuré s'est opposé à cette décision. Il a produit plusieurs documents médicaux.

L'assuré a été hospitalisé entre les 22 et 25 février 2021 pour une neurolyse antérieure C4-C5 et a subi une unco-microdiscectomie C4-C5 le 23 février 2021.

Par décision sur opposition du 29 juillet 2021, la CNA a rejeté l'opposition.

**B.** Par acte du 14 septembre 2021, D.\_\_\_\_\_ a déféré la décision sur opposition précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal et conclu à son annulation et au renvoi de la cause devant la CNA pour complément d'instruction. Il a fait valoir en substance que son dossier avait été insuffisamment instruit.

Par réponse du 22 octobre 2021, la CNA a conclu au rejet du recours.

Par réplique du 17 novembre 2021, D.\_\_\_\_\_ a confirmé ses précédents moyens et conclusions.

Par acte du 2 décembre 2021 la CNA s'est référée à sa précédente écriture.

**E n d r o i t :**

**1. a)** La loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA ; 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)** Déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a de la loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative [LPA-VD ; 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 la question de savoir si les troubles à la colonne cervicale et à l'épaule gauche dont souffre le recourant sont en lien de causalité avec l'accident qu'il a subi le 14 mai 2020.

**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.

L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

**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. 3.2).

**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 de l'ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [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 les références citées ; TF 8C\_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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\_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

**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). Il faut préciser qu'un disque intervertébral sain est à ce point résistant qu'une action violente va plutôt avoir pour effet de fracturer les vertèbres que d'entraîner une lésion des disques intervertébraux. Selon l'expérience médicale, la lésion isolée d'un disque intervertébral due à un accident peut uniquement être provoquée par un effort purement axial de la colonne vertébrale et non par des mouvements de rotation, d'hyperextension ou d'hyperflexion (TFA U 441/04 du 13 juin 2005 consid. 3.1).

Une aggravation significative et donc durable d'une affection dégénérative préexistante de la colonne vertébrale par suite d'un accident n'est prouvée que lorsque la radioscopie met en évidence un tassement subit des vertèbres, ainsi que l'apparition ou l'agrandissement de lésions après un traumatisme (TFA U 282/06 du 4 juin 2007 consid. 3.3 et la référence citée ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 4.4.2).

Une telle aggravation post-traumatique (sans lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année. Le *statu quo sine* est même déjà atteint après trois à quatre mois pour des lombalgies post-traumatiques, une aggravation dans ce domaine, qui permettrait d'aller au-delà de cette période, devant être établie radiologiquement et se distinguer de l'évolution normale due à l'âge (« *eine allfällige richtunggebende Verschlimmerung röntgenologisch*

*ausgewiesen sein und sich von der altersüblichen Progression abheben muss* » ; TF 8C\_1029/2012 du 22 mai 2013 consid. 4.2.1 ; TF 8C\_562/2010 du 3 août 2011 consid. 5.1 et les références citées).

**4.** Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 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).

**5. a)** En l'occurrence, le recourant a été victime, le 14 mai 2020, d'un événement traumatique à la suite duquel il a présenté un hématome sous-dural frontal infracentimétrique et une plaie frontale à gauche. Ces séquelles sont admises par l'intimée qui a pris en charge leurs traitements.

**b)** Le recourant réclame la prise en charge par l'assureur-accidents du traitement des troubles à la colonne cervicale et à l'épaule gauche. Cependant, aucun élément au dossier ne permet d'établir l'existence de symptômes évidents attestant d'une relation de continuité entre l'événement considéré et ces troubles. Il ressort en effet des pièces

médicales que si le recourant s'est rapidement plaint de douleurs cervicales (mais pas de douleurs à l'épaule gauche), l'examen réalisé immédiatement après l'accident par les médecins de C.\_\_\_\_\_ a montré l'absence d'anomalie quant à la motricité et la sensibilité des quatre membres (rapport du 15 mai 2020). Le scanner cérébral, cervical et thoracique réalisé le 14 mai 2020 n'a montré aucune lésion post-traumatique au niveau cervical. De même, dans son rapport du 9 juillet 2020, la Dre L.\_\_\_\_\_ ne mentionne aucun problème affectant les vertèbres cervicales ou l'épaule gauche chez son patient, lequel avait déjà repris son activité professionnelle et ne prenait aucun traitement médical. Ainsi, en l'absence de symptomatologie déficitaire et de lésion structurelle mise en évidence par les documents d'imagerie, il n'est pas possible de retenir que les troubles à la colonne cervicale et à l'épaule gauche seraient survenus immédiatement après l'événement du 14 mai 2020. Au contraire, plusieurs éléments au dossier laissent à penser que ces problématiques ne sont apparues que progressivement. C'est en effet ce qu'a indiqué la Dre L.\_\_\_\_\_ dans son rapport du 30 septembre 2020 au Prof. H.\_\_\_\_\_ lorsqu'elle a expliqué que le recourant présentait « depuis quelques semaines des cervicalgies avec irradiation dans les 2 MS mais surtout à gauche avec cliniquement une douleur surtout localisée sur l'épaule et le coude ». De même, bien qu'il n'ait pas précisément indiqué, dans son recours, à quelle date ces troubles étaient apparus (« depuis l'accident du 14 mai 2020, j'ai souffert de cervicalgies mécaniques avec douleurs des deux membres supérieurs prédominantes à gauche »), le recourant a exposé, dans son opposition, que les douleurs à la nuque s'étaient déclarées quelques semaines après l'accident, les douleurs à l'épaule gauche, puis droite, puis aux bras étant survenues quelques temps plus tard (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C\_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6). Il ressort enfin de différents documents médicaux que le recourant avait déjà souffert d'une hernie discale au niveau cervical en C5-C6 (rapport du 15 mai 2020 de C.\_\_\_\_\_ ; rapport du 30 septembre 2020 de la Dre L.\_\_\_\_\_ ; compte-rendu d'opération du 25 février 2021 du [...]). La remarque du Pr. H.\_\_\_\_\_ indiquant qu'il conviendrait de « rattacher ce nouvel épisode cervical à [l']accident du travail du 14.5.20 » (rapport du 7 décembre

2020) relève pour sa part d'un raisonnement « *post hoc, ergo propter hoc* » insuffisant à démontrer l'existence d'un rapport de causalité (cf. consid. 3b *supra*) et vient contredire une déclaration postérieure de ce même spécialiste selon laquelle l'événement du 14 mai 2020 avait « aggravé » les symptômes à la colonne cervicale en C4-C5 (cf. rapport du 15 avril 2021).

**c)** Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la symptomatologie apparue à la fin de l'été 2020 est en lien avec une problématique dégénérative qui s'est progressivement exacerbée. Il en découle que l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en ne prenant pas en charge le traitement des troubles à la colonne cervicale et à l'épaule gauche.

**6.** Le dossier est complet, permettant à la Cour de céans de statuer en connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît ainsi inutile et l'argument du recourant selon lequel l'instruction du dossier serait en l'état insuffisante doit être rejeté. 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 (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; cf. TF 9C\_303/2015 du 11 décembre 2015 consid. 3.2).

**7. a)** Sur le vu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 29 juillet 2021 confirmée.

**b)** Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f<sup>bis</sup> LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante qui n'obtient pas gain de cause (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 29 juillet 2021 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents 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 :

- D. \_\_\_\_\_,
- 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 :