

Bundesgericht
Tribunal fédéral
Tribunale federale
Tribunal federal

{T 0/2}

8C_52/2014

Arrêt du 12 décembre 2014

Ire Cour de droit social

Composition

Mmes et M. les Juges fédéraux Leuzinger, Présidente, Frésard et Heine.

Greffier : M. Beauverd.

Participants à la procédure

A. _____,

représenté par Syndicats Chrétiens interprofessionnels du Valais (SCIV),
recourant,

contre

Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Fluhmattstrasse 1, 6004 Lucerne,
intimée.

Objet

Assurance-accidents (lien de causalité; mécanisme d'accélération),

recours contre le jugement de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais du 4 décembre 2013.

Faits :

A.

A. _____, né en 1976, a travaillé en qualité d'aide-installateur sanitaire. Il a bénéficié depuis le 1^{er} février 2010 d'une indemnité de chômage et était, à ce titre, assuré contre le risque d'accident auprès de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (CNA). Dans une déclaration d'accident adressée à la CNA le 21 février 2011, il a indiqué avoir été victime d'un accident de la circulation le 28 janvier précédent. Dans deux questionnaires remplis les 7 et 15 mars 2011, l'assuré a précisé les circonstances de l'accident: alors qu'il circulait au volant d'une voiture, celle-ci a été percutée à l'avant droit par un autre véhicule, dont le conducteur n'avait pas respecté les règles de priorité. Le 15 mars 2011, le docteur B. _____, spécialiste en médecine générale et médecin traitant, a rempli une fiche documentaire pour première consultation après un traumatisme d'accélération crânio-cérébral. Il a indiqué des douleurs à la nuque et des troubles ostéo-musculaires, y compris une baisse de la mobilité et des douleurs ponctuelles à la pression, ainsi que l'apparition, immédiatement après l'accident, de céphalées, de vertiges, de nausées et de troubles du sommeil. Ce médecin a prescrit un traitement antalgique et anti-inflammatoire, ainsi que de la physiothérapie et il a attesté une incapacité de travail entière dès le 15 février 2011. La CNA a pris en charge le cas.

A. _____ a repris le travail le 12 avril 2011. Le 13 juillet suivant, il a annoncé une rechute. Le docteur B. _____ a fait état d'un syndrome cervical douloureux avec contracture musculaire et d'une mobilité douloureuse et limitée entraînant une incapacité de travail entière à compter du 13 juillet 2011.

Cette rechute a été prise en charge par la CNA. Celle-ci a recueilli de nombreux avis médicaux, en particulier des rapports des docteurs C. _____, spécialiste en médecine générale (des 27 octobre 2011, 6 février, 4 avril et 22 août 2012), H. _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie de l'appareil moteur et médecin d'arrondissement (des 7 décembre 2011, 21 mai et 5 septembre 2012), E. _____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie (du 12 juin 2012), et F. _____, spécialiste en psychiatrie et psychothérapie (du 3 juillet 2012).

Par décision du 6 juillet 2012, confirmée sur opposition le 12 septembre suivant, la CNA a supprimé

le droit de l'assuré à des prestations d'assurance (frais de traitement et indemnité journalière) à compter du 11 juillet 2012.

B.

L'assuré a recouru contre la décision sur opposition devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais en concluant au maintien de son droit à des prestations d'assurance au-delà du 11 juillet 2012, en particulier jusqu'au 2 octobre suivant en ce qui concerne l'indemnité journalière. A l'appui de ses conclusions, il a produit des rapports du docteur C._____ (des 30 novembre 2012 et 20 février 2013). De son côté, la CNA a produit des rapports du docteur D._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin de la division de médecine des assurances (des 16 janvier et 19 mars 2013). La cour cantonale a rejeté le recours par jugement du 4 décembre 2013.

C.

A._____ forme un recours en matière de droit public contre ce jugement dont il requiert l'annulation, en concluant au maintien de son droit à des prestations d'assurance au-delà du 11 juillet 2012. Subsidièrement, il demande le renvoi de la cause à la cour cantonale pour complément d'instruction, notamment sous la forme d'une expertise médicale, le tout sous suite de frais et dépens.

L'intimée conclut au rejet du recours. La cour cantonale et l'Office fédéral de la santé publique ont renoncé à présenter des déterminations.

Considérant en droit :

1.

Le recours est dirigé contre un arrêt final (art. 90 LTF) rendu en matière de droit public (art. 82 ss LTF) par une autorité cantonale de dernière instance (art. 86 al. 1 let. d LTF). Il a été déposé dans le délai (art. 100 LTF) et la forme (art. 42 LTF) prévus par la loi. Il est donc recevable.

A l'appui de ses conclusions, le recourant produit un rapport du docteur C._____ du 16 janvier 2014. Ce nouveau moyen ne peut toutefois pas être pris en considération par la Cour de céans dès lors que - sauf exception non réalisée en l'espèce - un moyen de preuve qui n'a pas été examiné dans la procédure devant l'autorité précédente n'est pas admissible dans la procédure devant le Tribunal fédéral (art. 99 al. 1 LTF; cf. ATF 135 V 194).

2.

Le litige porte sur le point de savoir si la CNA était fondée, par sa décision sur opposition du 12 septembre 2012, à supprimer le droit du recourant aux prestations d'assurance (frais de traitement et indemnité journalière) à compter du 11 juillet précédent.

Lorsque le jugement entrepris porte sur des prestations en espèces et en nature de l'assurance-accidents, le Tribunal fédéral constate avec un plein pouvoir d'examen les faits communs aux deux objets litigieux et se fonde sur ces constatations pour statuer, en droit, sur ces deux objets. En revanche, les faits qui ne seraient pertinents que pour statuer sur le droit aux prestations en nature ne sont revus que dans les limites définies par les art. 97 al. 1 et 105 al. 2 LTF (SVR 2011 UV n° 1 p. 1, 8C_584/2009 consid. 4).

3.

Selon 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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181; 402 consid. 4.3.1 p. 406; 119 V 335 consid. 1 p. 337; 118 V 286 consid. 1b p. 289 et les références). 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 p. 181; 402 consid. 2.2 p. 405; 125 V 456 consid. 5a p. 461 et les références).

4.

4.1. La cour cantonale a nié l'existence d'une altération structurelle d'origine traumatique en se fondant sur les conclusions du docteur D._____, selon lesquelles la hernie discale au niveau C5-C6, révélée le 22 mai 2012 par une imagerie par résonance magnétique (IRM), n'était pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident (rapport du 16 janvier 2013). En particulier, les premiers juges ont considéré que le point de vue du docteur C._____ (rapports des 27 octobre 2011, 6 février, 4 avril, 22 août et 30 novembre 2012, et 20 février 2013) n'apportait aucun élément de nature à mettre en doute l'avis du docteur D._____, lequel était par ailleurs conforté par les appréciations des docteurs H._____ (rapports des 7 décembre 2011 et 5 septembre 2012) et E._____ (rapport du 12 juin 2012). En outre, la juridiction précédente a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement du 28 janvier 2011 - qu'elle a classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne - et les troubles sans substrat organique objectivable persistant après le 11 juillet 2012 et ressortissant au tableau clinique typique d'une distorsion cervicale de type " coup du lapin " (douleurs à la nuque, troubles ostéo-musculaires, céphalées, vertiges et nausées). Se référant à la jurisprudence applicable en cas de traumatisme de type " coup du lapin " à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral (ATF 134 V 109 consid. 10.3 p. 130; 117 V 359 consid. 6a p. 367 et 369 consid. 4b p. 383), elle a considéré qu'aucun des critères jurisprudentiels déterminants n'était réalisé en l'occurrence.

4.2.

4.2.1. Par un premier moyen, le recourant invoque une constatation manifestement inexacte et incomplète des faits pertinents par la juridiction cantonale, en tant qu'elle a retenu que le docteur C._____ n'avait indiqué aucun élément propre à faire douter des conclusions du docteur D._____ en ce qui concerne l'absence d'un lien de causalité entre l'accident et la hernie discale en C5-C6. Il fait valoir qu'à la lecture des rapports du docteur C._____ il existe bien des éléments scientifiques très convaincants et aptes à mettre en doute l'opinion du docteur D._____. Dans la mesure où, selon lui, ces éléments apparaissent comme les plus probants dans le cas d'espèce, l'intéressé est d'avis qu'ils doivent l'emporter sur les conclusions du docteur D._____.

4.2.2. En l'occurrence, le docteur D._____ a examiné le cas à la lumière des critères établis sur la base d'un consensus d'experts et des données de la littérature médicale, qui permettent de retenir la genèse traumatique d'une hernie discale diagnostiquée dans les suites d'un accident. Il a répondu point par point de façon motivée et convaincante aux arguments avancés par le docteur C._____ et il a soigneusement expliqué pourquoi ces arguments n'étaient pas de nature à démontrer un lien de causalité pour le moins probable entre l'accident du 28 janvier 2011 et la hernie discale diagnostiquée seize mois après cet événement. Ainsi on ne voit pas que les premiers juges auraient constaté les faits pertinents de manière inexacte et incomplète en retenant que les conclusions du docteur D._____ satisfaisaient entièrement aux conditions posées par la jurisprudence pour accorder pleine valeur probante à un rapport médical, sans qu'il soit nécessaire de confier une expertise à un médecin externe à l'assurance. Au demeurant, en se contentant d'affirmer que les rapports du docteur C._____ apportent des éléments scientifiques très convaincants et aptes à mettre en doute l'opinion du docteur D._____, le recourant n'expose en quoi la constatation des faits pertinents par la juridiction précédente est inexacte et incomplète.

4.3. Par un deuxième moyen, le recourant critique le point de vue de la juridiction précédente, selon lequel il n'existe pas de lien de causalité adéquate entre l'accident du 28 janvier 2011 et les troubles sans substrat organique objectivable persistant après le 11 juillet 2012. Cependant, ses allégations au sujet du dommage total subi par les deux véhicules des conducteurs impliqués ne permettent pas de s'écarter du point de vue de la juridiction précédente, selon lequel l'événement du 28 janvier 2011 doit être qualifié d'accident de gravité moyenne. Par ailleurs, dans la mesure où il se contente d'indiquer que plusieurs critères jurisprudentiels déterminants sont réalisés en l'occurrence, le recourant n'expose pas une motivation satisfaisant aux conditions posées à l'art. 42 al. 2 LTF.

4.4. Vu ce qui précède, il n'est pas nécessaire de mettre en oeuvre un complément d'instruction, comme le demande le recourant et l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 12 septembre 2012, à supprimer le droit de l'intéressé aux prestations d'assurance à compter du 11 juillet précédent.

Le jugement entrepris n'est dès lors pas critiquable et le recours se révèle mal fondé.

5.

Le recourant, qui succombe, supportera les frais judiciaires (art. 66 al. 1 LTF).

Par ces motifs, le Tribunal fédéral prononce :

1.

Le recours est rejeté.

2.

Les frais judiciaires, arrêtés à 800 fr., sont mis à la charge du recourant.

3.

Le présent arrêt est communiqué aux parties, à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du Valais et à l'Office fédéral de la santé publique.

Lucerne, le 12 décembre 2014

Au nom de la Ire Cour de droit social
du Tribunal fédéral suisse

La Présidente : Leuzinger

Le Greffier : Beauverd