

FR_GERICHTE 605 2015 119 vom 30. Januar 2017

FR Kantonsgericht, 2017-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2015_119

FR: FR_GERICHTE 605 2015 119 du 30 janvier 2017

IT: FR_GERICHTE 605 2015 119 del 30 gennaio 2017

Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Unfallversicherung

Erwägungen

E. 5

mars 2008 à E._____. L'ablation du matériel d'ostéosynthèse a été effectuée le 23 avril 2008. Elle a à nouveau été hospitalisée du 28 octobre au 26 novembre 2008 à E._____. B. Le 26 octobre 2009, l'assurée a subi une résection partielle et suture du labrum de la hanche droite. Par décision du 7 janvier 2011, la CNA a refusé de prendre en charge cette opération ; en date du 26 mai 2011, la CNA a toutefois annulé cette décision et décidé de soumettre l'assurée à une expertise (dossier CNA pces n° 187 et 207). En août 2010, elle s'est fait implanter un neurostimulateur médullaire dans le dessein de traiter des douleurs diffuses ressenties dans les membres inférieurs. En août 2012, il fut question de procéder au changement de pile dudit neurostimulateur, intervention chirurgicale dont la prise en charge a été requise par l'assurée par courrier du 14 août 2012 (dossier CNA pce n° 262). C. Par décision du 30 janvier 2015, confirmée par décision sur opposition du 23 avril 2015, la CNA a refusé de prendre en charge l'opération de changement de pile. Faisant siennes les conclusions de son médecin-conseil, le Dr F._____, neurologue, elle a considéré qu'il n'y avait pas de lien de causalité naturelle à tout le moins vraisemblable entre la mise en place initiale du neurostimulateur et l'accident du 14 avril 2007 (dossier CNA pces n° 400 et 430 ; cf. également pce n° 273). D. Le 26 mai 2015, A._____, représentée par Me Gendre Rohrbach, interjette recours à l'encontre de la décision sur opposition du 23 avril 2015 auprès du Tribunal cantonal. En substance, elle soutient, en se référant aux rapports successifs du Dr G._____, neurologue, qu'un Thermo-test est indispensable pour objectiver la présence d'une lésion neurologique des fibres fines et prouver le lien de causalité naturelle entre l'accident et les douleurs diffuses des membres inférieurs. Elle conclut, sous suite de frais et dépens, à l'annulation de la décision attaquée et au renvoi de la cause à l'autorité intimée pour complément d'instruction, dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. Dans ses observations du 18 août 2015, la CNA expose qu'aucune atteinte neurologique n'a été objectivée par les médecins sollicités et que l'examen requis n'a pas vocation à le faire. Elle conclut, par conséquent, au rejet du recours interjeté par l'assurée.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 12 Au terme d'un second échange d'écritures, les parties campent pour l'essentiel sur leur position. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments des parties, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige. en droit 1. Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès l'autorité judiciaire compétente par une assurée directement touchée par la décision

sur opposition attaquée et dûment représentée, le recours est recevable. 2. a) En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA ; RS 832.20), si la présente 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. Selon l'art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA ; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou entraîne la mort. b) Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA). Conformément à l'art. 10 al. 1 et à l'art. 54 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident dans les limites de ce qui est exigé par le but du traitement (ATF 109 V 43 consid. 2a). L'assuré dispose de ce droit au traitement médical aussi longtemps que la poursuite de celui-ci laisse espérer une amélioration notable de l'état de santé (arrêt TF U 262/98 du 9 mai 2000 consid. 2a ; ATF 116 V 44 consid. 2c). c) 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. Pour admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est en revanche pas nécessaire 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (arrêt TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 et les références citées ; ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 4.3). 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12 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 (ibidem). d) 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 et 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références citées). Lorsque des symptômes consécutifs à un accident ne sont pas objectivables du point de vue organique, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (arrêt TF 8C_445/2013 du 27.03.2014 consid. 4.3.1 ; ATF 134 V 109 consid. 10 ; 117 V 359 consid. 6 et 369 consid. 4 ; 115 V 133 consid. 6 et 403 consid. 5). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (arrêt TF U

297/01 du 8 août 2002 consid. 3.3 ; ATF 119 V 335 consid. 4c). e) En matière d'appréciation 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. Il ne peut 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. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (arrêt TF 8C_456/2010 du 19 avril 2011 consid. 3 et la référence citée). En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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. S'agissant du médecin traitant, il faut tenir compte du fait d'expérience qu'il est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées). On rappellera que le juge peut renoncer à accomplir certains actes d'instruction, sans que cela n'entraîne une violation du devoir d'administrer les preuves nécessaires (art. 61 let. c LPGA) ou

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12 plus généralement une violation du droit d'être entendu, s'il est convaincu, en se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a), que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation (sur l'appréciation anticipée des preuves en général : ATF 131 I 153 consid. 3 ; 130 II 425 consid. 2). 3. Est en l'espèce litigieuse la question de savoir si c'est à juste titre que la CNA a refusé de prendre en charge le changement de pile du neurostimulateur médullaire implanté en août 2010 pour traiter des douleurs diffuses ressenties dans les membres inférieurs. La recourante requiert un Thermo-test, censé prouver l'origine neurologique des douleurs et l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 14 avril 2007 et les douleurs. Pour sa part, la CNA estime que le test en question n'est pas fiable et n'a pas vocation à apporter ces preuves, qu'en l'absence de lésion neurologique l'implantation d'un neurostimulateur ne se justifiait pas et qu'un lien de causalité naturelle fait défaut. a) Les pièces médicales figurant au dossier doivent ainsi être examinées : - Le rapport médical LAA du 3 mai 2007 du Dr H. _____, médecin assistant à D. _____, qui a fait état d'un traumatisme crânio-cérébral, d'une importante lésion à l'épaule gauche, de fractures de côtes de l'hémithorax gauche et d'une fracture malléolaire externe de la cheville gauche de type Weber C. - Les rapports médicaux des 3 juillet et 3 décembre 2007 du Dr I. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a fait état d'une stabilisation par ostéosynthèse de la fracture de type Weber C. Il a noté que l'assurée s'était

plainte de douleurs dans les deux genoux et la cheville gauche. - Les rapports médicaux des 14 avril et 20 décembre 2007 du Dr J. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, de la CNA, qui a fait état de douleurs dans la cheville gauche et les membres inférieurs. Il a précisé que la mobilité de la hanche était physiologique. - Le rapport de sortie (hospitalisation du 30 janvier au 5 mars 2008) du 28 mars 2008 du Dr K. _____, médecin spécialiste FMH médecin physique et réadaptation et en chirurgie orthopédique, de E. _____, qui a nouvellement posé les diagnostics de algodystrophie anamnétique, arthrose métatarsophalangienne débutante du 1er rayon gauche, de discrète atteinte neuropsychologique, de légère tendinopathie sous-scapulaire gauche sans rupture. Il a fait état de douleurs musculaires surtout à l'extrémité inférieure gauche ainsi que d'une sensation de faiblesse. Les examens neurologique et neuropsychologique, ainsi que l'IRM cérébral ont été dans les normes. - Le protocole opératoire du 23 avril et le rapport du 2 août 2008 du Dr I. _____, qui a pratiqué l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. - Le rapport d'examen du 13 août 2008 du Dr J. _____, de la CNA, qui a mentionné une fatigabilité importante des membres inférieurs avec légère amyotrophie de la jambe gauche, des douleurs aux cuisses, la persistance d'une légère claudication et une diminution de la mobilité de la cheville ; il a précisé que la mobilité de la hanche et du genou était physiologique. Il a estimé qu'un nouveau séjour à E. _____ était justifié.

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 - Le rapport de sortie (hospitalisation du 28 octobre au 26 novembre 2008) du 18 décembre 2008 du Dr K. _____, de E. _____, qui a exposé que l'examen neurologique avec ENMG a montré une atteinte d'environ 50% des fibres d'une branche sensitive terminale du nerf péronier superficiel gauche par axonotmésis partielle, pouvant expliquer une zone de dysesthésie douloureuse et d'allodynie. Le médecin a mentionné que « durant l'évaluation, la volonté de donner le maximum aux différents tests est jugée incertaine, et le niveau de cohérences moyen. [...] Diverses discordances sont par ailleurs relevées dans le rapport. Au terme de l'évaluation on peut estimer que le niveau d'effort fourni par la patiente correspond à un niveau d'effort léger à moyen. [...] On a plusieurs arguments pour retenir des autolimitations et une sous-évaluation de ses propres capacités par la patiente. Le substrat organique est actuellement pauvre et ne permet pas d'expliquer complètement le tableau clinique ». - Les rapports d'examen des 5, 8 janvier et 16 février 2009 du Dr I. _____, qui a constaté la persistance de douleurs à la palpation des facettes rotuliennes et aux chevilles, ainsi que d'une hypo-dysesthésie sur la moitié dorsale externe du pied droit. - Le rapport médical du 2 avril 2009 du Dr J. _____, de la CNA, qui a conclu à une capacité de travail entière dans l'activité habituelle, attendu qu'elle permet de travailler en sollicitation alternée, en partie debout et en partie assise. Il a estimé que l'atteinte à l'intégrité était de 20%. - Le rapport du 30 juin 2009 et le protocole opératoire du 26 octobre 2009 du Dr L. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a procédé à une résection partielle labrale de la hanche gauche antéro-supérieure avec suture labrale partielle. - Le rapport médical du 3 novembre 2009 du Dr M. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, de la CNA, qui a estimé qu'il était inexact de soutenir que les lésions labrales, notamment les déchirures sans modifications osseuses persistantes, ne se manifestent que dans le contexte d'un traumatisme. Il a précisé que la documentation de l'accident ne contient pas d'information substantielle évoquant une lésion labrale et qu'il apparaissait plutôt probable que ladite lésion soit en lien avec une dysplasie de la tête du fémur (CAM-Impingement). - Les rapports médicaux des 25 novembre 2009 et 20 janvier 2010 de la Dresse N. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, qui a fait

état d'une lésion traumatique de la face profonde du labrum antéro-supérieur de la hanche gauche et mentionné que la patiente était très démonstrative. - Le rapport du 20 janvier 2010 du Dr L. _____, qui a signalé la persistance de douleurs et mentionné une patiente « très démonstrative ». - Le rapport médical du 20 mai 2010 du Dr O. _____, médecin spécialiste FMH en médecine générale, de la CNA, qui a conclu à une capacité de travail entière dans un travail léger (partiellement en position assise, partiellement en position debout) du secteur industriel, avec toutefois une diminution de rendement de 10% due à la possibilité d'un besoin accru de pauses. - Le rapport d'expertise du 10 septembre 2010 du Dr P. _____, médecin spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui a retenu une lésion par axonotmésis d'une branche terminale du nerf péronier superficiel gauche ainsi que des douleurs diffuses des membres inférieurs. Il a constaté une amélioration spectaculaire de celles-ci à la suite de la pose d'un neurostimulateur. - Le rapport médical du 11 novembre 2010 du Dr M. _____, de la CNA, qui a noté que le diagnostic de lésion labrale a été posé par le Dr L. _____ plus de deux ans après l'accident. Il a

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 également souligné que les rapports de 2007 (en particulier le rapport médical du 3 juillet 2007 du Dr I. _____ et le rapport médical du 20 décembre 2007 du Dr J. _____) ne faisaient aucune mention de troubles évoquant un éventuel conflit fémoro-acétabulaire. - Les rapports médicaux des 8, 29 septembre, 6 octobre 2010 et 17 janvier 2011 du Dr G. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, de Q. _____, qui a fait état de douleurs neuropathiques dans la région antérieure des cuisses irradiant jusque dans les genoux, couplées avec une allodynie. Il a précisé que des traitements par ergothérapie et médicaments sont restés inefficaces. Il a enfin noté que l'assurée était en phase de test pour l'implantation permanente d'un stimulateur. Il a estimé que les douleurs dont souffrait sa patiente étaient d'origine neuropathique, pouvant s'expliquer en partie par l'intervention chirurgicale et en partie par le traumatisme. Il a précisé, au demeurant, que le fait que l'assurée ait ressenti beaucoup moins de douleurs après la mise en place d'un stimulateur médullaire (traitement palliatif) renforçait ce diagnostic. - Les lettres à contenu médical des 14 juin 2010 et 1er février 2011 du Dr L. _____, qui a considéré que l'atteinte au niveau de la hanche gauche était vraisemblablement en lien de causalité avec l'accident du 14 avril 2007. Il a exposé que le diagnostic avait été retardé parce que l'assurée marchait avec des cannes, en déchargeant sa cheville gauche et dès lors indirectement sa hanche gauche. - Le rapport médical du 11 février 2011 du Dr R. _____, médecin spécialiste FMH en médecine physique et réadaptation et médecine du sport, qui a noté que sa patiente s'était plainte d'une douleur de type neurogène, l'empêchant d'effectuer sa rééducation à la marche en piscine en raison des brûlures provoquées par l'immersion dans l'eau chaude, au niveau des deux cuisses avec irradiation jusqu'aux genoux. - Le rapport médical du 22 mars 2011 du Dr S. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, qui a conclu à un EMG normal et a précisé n'avoir découvert aucun signe d'une atteinte neurologique de type central ou périphérique ; il a dès lors ajouté que de plus amples investigations n'étaient pas nécessaires. - Le rapport d'expertise complémentaire du 10 novembre 2011 du Dr P. _____, qui a retenu, s'agissant des douleurs chroniques des membres inférieurs, qu'elles ne s'expliquaient pas par une pathologie de l'appareil locomoteur. Il a dès lors proposé un examen neurologique approfondi. - Le rapport d'expertise du 21 janvier 2012 du Dr T. _____, de U. _____, qui a exposé que, contrairement à l'opération par arthroscopie pour une lésion labrale de la hanche gauche effectuée en juin 2009 par le Dr L. _____, l'implantation du neurostimulateur en août 2010 a significativement diminué les douleurs ressenties par

l'assurée ; des dysesthésies dans la région du pied gauche, des douleurs à la marche avec irradiation dans la cuisse gauche, ainsi qu'une faiblesse des adducteurs de l'articulation de la hanche subsistent malgré tout à ce jour. La question se pose dès lors de savoir si le diagnostic porté par le Dr L. _____, de deux ans postérieur à l'accident, a une origine traumatique et s'il est, au moins, en partie responsable des douleurs ressenties (le Dr L. _____ ayant répondu à ces questions par l'affirmative, le Dr P. _____ par la négative). Le Dr T. _____ a exposé qu'il était d'accord avec le Dr L. _____ pour dire qu'une lésion labrale n'était dans de nombreux cas diagnostiquée que tardivement ; il a toutefois, contrairement

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 à ce dernier, estimé – source à l'appui – que dans 92% des cas de lésions labrales des douleurs apparaissaient avant les deux ans ; or, les deux examens post-opératoires subis par l'assurée (cf. le rapport médical du 3 juillet 2007 du Dr I. _____ et le rapport médical du 20 décembre 2007 du Dr J. _____) n'ont point fait état de telles douleurs. Il s'inscrit dès lors à faux par rapport aux conclusions du Dr L. _____, estimant une origine traumatique de la lésion labrale improbable. Il a précisé en outre que, dans la mesure où les douleurs n'ont pas diminué suite à la résection du labrum, il y a de fortes chances pour que l'origine des douleurs se situent plutôt dans la région de la colonne (L3-L4), ce qui expliquerait également les douleurs au niveau des cuisses présentes avant et après l'opération. - Le rapport médical du 4 juin 2012 du Dr I. _____, qui a exposé que les douleurs aux hanches sont apparues en 2007, n'ont plus été mentionnées lors du séjour en réadaptation en 2008, puis ont à nouveau été notées en juin 2008. - Le rapport médical du 12 juin 2012 du Dr L. _____, qui a fait sienne l'opinion exprimée par le Dr I. _____. Il a exposé que la fracture de la cheville gauche a en effet masqué les symptômes de la hanche durant les mois qui ont suivi le traumatisme, jusqu'à la mobilisation de l'assurée. - Les rapports médicaux des 22 et 31 août 2012 du Dr G. _____, qui a fait état d'un changement de batterie du stimulateur et a précisé que sa patiente n'avait jamais présenté de symptômes compatibles avec une neuropathie périphérique avant son accident. - Le rapport du 4 septembre 2012 du Dr T. _____, qui a estimé que les éléments apportés par le Dr I. _____ confirmaient les conclusions de son précédent rapport. - Le rapport médical du 12 octobre 2012 du Dr L. _____, qui a relevé que l'origine du syndrome douloureux des membres inférieurs n'était pas du tout claire. - Le rapport médical du 25 février 2013 du Dr F. _____, médecin spécialiste FMH en neurologie, de la CNA, qui a proposé de s'adresser à Q. _____ de V. _____ ou à Q. _____ de W. _____. Il a en effet constaté que l'état de ses connaissances était rudimentaire dans le présent cas et a estimé qu'il ne pouvait dès lors se prononcer valablement sur les questions de la pertinence d'une neuromodulation par stimulateur et de la garantie de remboursement des coûts qui y sont liés. - Le rapport du 24 février 2014 du Dr X. _____, du département d'anesthésie et centre d'antalgie de Y. _____, qui a constaté une amélioration de la situation (soulagement d'au moins 50%) ensuite de la pose du stimulateur. A son sens, la pose en question était donc indiquée, tout comme le changement de batterie. Se fondant sur le cours des choses, il constate que l'assurée semble avoir été en bonne santé jusqu'à l'accident survenu en 2007. Il estime qu'il est extrêmement difficile aussi longtemps après de savoir dans quelle mesure le syndrome douloureux est séquellaire à l'accident ; en dehors du lien temporel, il voit difficilement la corrélation que l'on peut établir entre les symptômes et l'accident. - Le rapport médical du 16 juin 2014 du Dr F. _____, de la CNA, qui a souligné que, au vu de son statut, on peut partir du principe que les milieux concernés avaient considéré le Dr Z. _____ comme compétent. -

Le rapport médical du 27 juin 2014 des Drs Z. _____ et AA. _____, du service de la douleur de W. _____, qui ont noté : « Die brennende Schmerzqualität lässt an einen neuropathischen Charakter denken. In der körperlichen Untersuchung bestanden grobkursorisch

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 jedoch keine deutlichen neurologischen Zeichen. Die Anamnese und die Klinik geben auch keine Hinweise für eine angiologische Problematik. Somit können wir keine klare Angabe zur Ursache der Schmerzen machen. Es lässt sich jedoch feststellen, dass die Neurostimulation für die Patientin eine adäquate Schmerzlinderung bringt. Die Schmerzen im Bereich des OSG/Fusses lateral links interpretieren wir als postoperative neuropathische Schmerzen mit einer deutlichen Allodynie. Aktenanamnestisch wurde in diesem Bereich auch eine partielle Axonotmesis eines sensiblen Astes des N. peroneus superficialis links festgestellt. Aktuell bestehen keine Anzeichen für ein CRPS (Complex Regional Pain Syndrome) ; es ist jedoch nicht auszuschliessen, dass diese Symptomatik früher bestand ». Afin d'exclure une problématique neuropathique ou myopathique, ils ont suggéré un examen neurologique auprès du service compétent de W. _____. - Le rapport médical du 21 juillet 2014 des Drs AB. _____ et AC. _____ du service de neurologie de W. _____, qui, après avoir effectué divers examens neurologiques, ont par ces mots exclu toute atteinte neurologique : « Zusammenfassend ergibt sich kein Hinweis auf eine relevante periphere Polyneuropathie mit Affektion der grosskalibrigen Nervenfasern, Plexopathie oder Radikulopathie als Ursache für die angegebenen Schmerzen. Auch die vorbeschriebene axonale Schädigung des N. peroneus R. superficialis links lässt sich in der heutigen Untersuchung nicht mehr nachweisen ». - Le rapport du 16 septembre 2014 des Drs Z. _____ et AD. _____, du service de la douleur de W. _____, qui, après des examens psychosomatique du 30 juin 2014 et neurologique du 21 juillet 2014, ont exclu toute psychopathologie et neuropathie. - Le rapport médical du 18 novembre 2014 du Dr F. _____, de la CNA, qui a estimé qu'aucune pathologie n'expliquait les douleurs ressenties par l'assurée et ne justifiait l'implantation d'un neurostimulateur. - Le rapport médical du 7 avril 2015 du Dr F. _____, de la CNA, qui a estimé que même si des nouveaux examens parvenaient, en dépit de ceux réalisés jusqu'alors par les spécialistes sollicités, à établir l'existence d'une atteinte, un lien de causalité ne peut à ce jour plus être attesté. - Les rapports des 6 février et 22 mai 2015 du Dr G. _____, qui a estimé que le médecin de la CNA s'était fondé sur des examens cliniques incomplets. Il s'est dit particulièrement étonné que le service d'antalgie de W. _____ n'ait pas procédé à un Thermo-test. Il a à cet égard précisé que ce service était un des seuls centres de Suisse à disposer d'un équipement pour effectuer de tels tests et que cette méthode permettait d'objectiver la présence de lésions des fibres fines, qui constitue la lésion principale chez l'assurée. A son avis, il n'y a aucune raison de penser que cette lésion ait été provoquée par autre chose que l'accident subi le 14 avril 2007. - La prise de position du 19 juin 2015 du Dr AE. _____, médecin spécialiste FMH en anesthésiologie, du Service médical régional de l'assurance-invalidité, qui a exposé que le diagnostic étiologique n'était pas déterminant pour fixer l'exigibilité médicale, que les douleurs étaient médicalement reconnues dans le cas de l'assurée et que seules leurs répercussions sur la capacité de travail et leur « surmontabilité » importaient. Il a souligné, au demeurant, que la méthode Thermo-test, connue sous le nom de « quantitative sensory testing », était une méthode parmi d'autres utilisées pour diagnostiquer les neuropathies des petites fibres, qu'elle était actuellement essentiellement utilisée dans le contexte de la recherche clinique et non pas en pratique

clinique courante et que sa précision diagnostique était relativement médiocre selon une étude récente.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 - Le rapport du 14 septembre 2015 du Dr G. _____, qui a jugé immoral de se prévaloir du fait que l'appareil de Thermo-test était utilisé pour des projets de recherche exclusivement. b) aa) Force est de constater que les douleurs diffuses ressenties par la recourante dans les membres inférieurs n'ont pas pu être objectivées par les diverses investigations médicales entreprises. En particulier, tous les examens neurologiques ont exclu une atteinte pouvant justifier les douleurs ressenties, ainsi que cela ressort du rapport de sortie du 28 mars 2008 du Dr K. _____, du rapport de sortie du 18 décembre 2008 du Dr K. _____, du rapport du 22 mars 2011 du Dr S. _____, du rapport du 21 juillet 2014 des Drs AB. _____ et AC. _____ de W. _____, du rapport du 16 septembre 2014 des Drs Z. _____ et AD. _____ et du rapport du 18 novembre 2014 du Dr F. _____. Les neurologues sollicités sont donc unanimes à cet égard. L'opinion dissidente du Dr G. _____, qui n'est pas spécialisé en neurologie, est motivée trop succinctement et n'est fondée sur aucun élément médical objectif. Il sied, en outre, de tenir compte du fait qu'un médecin traitant, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui. S'agissant de l'examen complémentaire requis par la recourante, il sied de relever que les spécialistes du service de neurologie de W. _____ ont, après avoir effectué divers tests neurologiques, exclu de manière univoque toute atteinte et ont ainsi implicitement estimé que des investigations supplémentaires n'étaient pas utiles. Quant au Dr S. _____ et à la Dresse AF. _____, ils ont même explicitement précisé que de plus amples examens n'étaient pas nécessaires. De surcroît, en ce qui concerne le Thermo-test singulièrement, le Dr AE. _____ a souligné que sa précision diagnostique était relativement médiocre selon une étude récente et qu'il n'était guère utilisé en pratique clinique courante, arguments auxquels le Dr G. _____ n'a pas répondu de manière convaincante. Ainsi, selon une vraisemblance prépondérante, un Thermo-test n'apporterait aucun moyen de preuve nouveau (appréciation anticipée des preuves). A défaut d'atteinte neurologique pouvant être à l'origine des douleurs diffuses dans les membres inférieurs, l'implantation d'un neurostimulateur n'apparaissait pas justifiée médicalement. bb) Un lien de causalité naturelle doit être établi au degré de la vraisemblance prépondérante, selon la jurisprudence. A cet égard, la Cour de céans fait siennes les constatations et appréciation – précise, claire et bien motivée – du Dr T. _____ de W. _____ : l'expert, spécialiste en orthopédie et traumatologie, a noté que le diagnostic de lésion labrale a été posé par le Dr L. _____ plus de deux ans après l'accident (la lésion labrale a été constatée pour la première fois sur l'arthro-IRM du 16 juin 2009) et qu'en 2007 deux examens post-opératoires avaient été effectués sans qu'aucun des médecins sollicités (dont un spécialiste en chirurgie orthopédique) n'ait relevé de douleurs diffuses dans les hanches ou les membres inférieurs (cf. à cet égard également le rapport du 11 novembre 2010 du Dr M. _____) ; il a précisé que dans la grande majorité des cas de lésions labrales, des douleurs apparaissent avant. L'hypothèse d'une lésion traumatique n'apparaît donc pas comme la plus vraisemblable. L'explication donnée par le Dr L. _____, selon laquelle les douleurs étaient apparues tardivement parce que l'assurée marchait avec des cannes et déchargeait en cela sa hanche, Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 n'emporte pas la conviction de la Cour de céans, étant entendu qu'elle ne marchait déjà plus avec des cannes lorsqu'elle a été examinée par le Dr J. _____ ; par ailleurs, ainsi que l'a soulevé le Dr AG. _____, la recourante ne s'est

pas plainte de sa hanche gauche directement après avoir lâcher ses cannes, mais a travaillé plusieurs mois avant de le faire. S'agissant de l'examen complémentaire requis par la recourante, il convient de relever – comme l'ont souligné les Drs X._____ et F._____ – qu'il est extrêmement difficile d'établir au degré de la vraisemblance prépondérante un lien de causalité aussi longtemps après la survenance de l'accident. La recourante n'a pas exposé en quoi le Thermo-test pourrait en avoir la vocation. Ainsi, si l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre l'accident du 14 avril 2007 et les douleurs diffuses dans les membres inférieurs paraît certes possible, elle ne saurait être qualifiée de probable, tant s'en faut. cc) Au vu des motifs qui précèdent, c'est à bon droit que la CNA a refusé de prendre en charge le changement de pile du neurostimulateur préalablement implanté sur la personne de la recourante. 4. a) Eu égard à ce qui précède, le recours du 26 mai 2015, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition du 23 avril 2015 confirmée. b) En application du principe de la gratuité de la procédure valant en la matière (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. c) Il n'est pas alloué de dépens à la CNA, chargée de tâches de droit public (cf. arrêts TF 8C_552/2009 du 8 avril 2010 consid. 6 ; 9C_312/2008 du 24 novembre 2008 consid. 8 et la référence citée).

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué de dépens. IV. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 30 janvier 2017/yho Président Greffier

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.