

VD_FINDINFO AA 106/23 - 6/2025 vom 7. Januar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-01-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_106_23_-_6_2025

FR: VD_FINDINFO AA 106/23 - 6/2025 du 7 janvier 2025

IT: VD_FINDINFO AA 106/23 - 6/2025 del 7 gennaio 2025

Regeste

ÉTAT STABLE, LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES, REJET DE LA DEMANDE | 19 al. 1 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 21

février 2018 consid. 3 et les références citées ; 8C_179/2014 du 16 mars 2015 consid. 4.1 et la référence citée). 4. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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. 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 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de la personne assurée en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). b) 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_559/2022 du 21 mars 2023 consid. 3.1.1 et les références citées). c) Le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee

et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). d) 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 assécurologique. 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. a) En l'occurrence, le recourant a perçu des indemnités journalières de l'intimée, qui a également pris en charge les frais de traitements à la suite de l'accident de travail du 20 mai 2019. La CNA a mis un terme à ces prestations avec effet au 31 octobre 2022, sous réserve d'un traitement de physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances, d'un traitement antalgique à raison de trois emballages par mois pour six mois et des consultations médicales à raison de quatre consultations pour l'année 2023, estimant, sur la base de l'avis de son médecin d'arrondissement, le Dr N. _____, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de la poursuite du traitement une sensible amélioration de l'état de santé de l'intéressé, qui était stabilisé. Le recourant conteste cette appréciation, se plaignant d'une violation de l'art. 19 al. 1 LAA. Il estime en substance que son état de santé n'est pas stabilisé puisqu'il a toujours un traitement d'antalgie et de physiothérapie et se trouve encore en incapacité de travailler justifiant la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge des frais médicaux jusqu'à stabilisation. Il se fonde sur les appréciations du Dr N. _____ – qui a estimé qu'il convenait de poursuivre la prise en charge des traitements susmentionnés – ainsi que sur les avis de ses médecins, dont il conclut que son état ne peut être considéré comme stabilisé que dès le 1^{er} décembre 2023 (cf. consid. 2 supra). b) La décision sur opposition attaquée rendue par l'intimée repose essentiellement sur les appréciations émises par le médecin de la CNA, le Dr N. _____. aa) Lors de son examen du 16 août 2022, le Dr N. _____ a posé les diagnostics de status après fracture du calcanéum droit, traitée par voie percutanée et suivie d'une arthrodèse sous-talienne droite en raison d'une arthrose développée en post-traumatique. A l'examen, le médecin a fait état d'un assuré en bon état général apparent, marchant sans boiterie. La marche sur la pointe des pieds restait difficile avec des douleurs alors que la marche sur les talons était normale. L'appui monopodal était instable à droite et bien tenu à gauche. Les deux genoux étaient symétriques, sans douleur à la mobilisation du genou droit, qui était complète. Aucune amyotrophie du quadriceps n'était relevée. Au niveau des chevilles, les cicatrices étaient calmes, aucun trouble vaso-moteur n'était noté, une dysesthésie au niveau des 4^{ème} et 3^{ème} orteil du pied droit était rapportée, cette situation étant toutefois stable.

La mobilisation des chevilles était symétrique. L'articulation sous-astragalienne était raide à droite en raison de l'arthrodèse réalisée. Il y avait de légères douleurs à la palpation de la partie externe du calcanéum droit. Aucun trouble moteur distal n'était noté. De son côté, l'assuré a rapporté une amélioration avec le traitement suivi entraînant une nette diminution des douleurs et pouvoir marcher jusqu'à une heure. Les gênes principales étaient les troubles de la sensibilité du pied droit, consécutif à l'accident, pour lesquels il avait une prise en charge adaptée. Il n'y avait aucun traitement en particulier hormis l'ergothérapie et la physiothérapie. Sur la base du tableau clinique et après examen du dossier de l'assuré mis à sa disposition, le Dr N. _____ a par ailleurs retenu les limitations fonctionnelles suivantes : pas de travaux en terrain instable, pas de port de charges supérieures à 15 kg de façon répétitive, pas de travail sur des échelles/échafaudages, pas de montée et descente d'escaliers. Il a évalué la capacité de travail de l'assuré comme étant entière sans diminution de rendement dans une activité adaptée respectant strictement les limitations fonctionnelles précitées. A l'inverse, l'activité habituelle de menuisier n'était plus exigible et une incapacité de travail totale devait être reconnue. bb) L'assuré a ensuite consulté les urgences le 20 août 2022 en raison de la réapparition de douleurs au mollet gauche faisant suite à un précédent épisode de thrombose. Il a été relevé au membre inférieur gauche un très léger œdème péri-malleolaire, l'absence de trajet vasculaire, un ballant du mollet légèrement réduit par rapport à la droite et un test de Homans négatif. L'assuré a indiqué à cette occasion avoir été actif pendant l'été en pratiquant la marche et du vélo. L'examen veineux des membres inférieurs du 22 août 2022 a montré des mesures symétriques pour les deux jambes. Un traitement par anticoagulant a été introduit lors de l'examen subséquent du 26 août 2022. Le 2 novembre 2022, un examen de la cheville et du pied droit a montré un arrière-pied neutre, un équin gastrocnémien de 30°, des douleurs insertionnelles et non-insertionnelles du tendon d'Achille cotées à 0/10, des douleurs antéro-médiales de la cheville de 2/10, antéro-latérales de 0/10, des douleurs de la gouttière médiale de 2/10 et au sinus du tarse de 0/10. Le recourant a alors rapporté une nette amélioration de 50 % des douleurs depuis la dernière consultation avec toutefois des douleurs de type neurogène dans le territoire du nerf sural et péronier superficiel et des douleurs sur la face antéro-médiale de la cheville qu'il estimait à 5/10. Le bilan radiologique effectué le même jour a mis en évidence une arthrodèse sous-talienne consolidée et un matériel en place. Les médecins proposaient une infiltration tibio-talienne dès la fin du traitement pour la thrombose et, en cas de persistance des douleurs, la réalisation d'un nouveau Cone beam CT en charge à la recherche d'un conflit de la gouttière médiale. Concernant les douleurs neurogènes, ils proposaient la poursuite du suivi avec le Dr J. _____ et une réévaluation – selon l'évolution – à l'indication d'une prise en charge chirurgicale pour une libération/excision du nerf. Lors d'une consultation d'angiologie du 21 décembre 2022, l'assuré a rapporté la persistance de crampes au niveau des mollets des deux côtés, prédominant à gauche, cependant en amélioration depuis l'introduction du traitement anticoagulant, sans œdème du membre inférieure gauche ni de lourdeur. A l'échographie, quelques synéchies au niveau des veines tibiales postérieures à mi-mollet étaient mises en évidence. Il a été constaté l'absence d'amyotrophie du membre inférieur droit par rapport au membre controlatéral (périmètre des chevilles de 24 cm des deux côtés, des mollets de 37 cm des deux côtés et des cuisses de 49 cm à droite et 48 cm à gauche). L'assuré a en outre rapporté une perte de poids de 18 kg en quatre mois en raison d'un changement de régime et de l'intensification du sport. Sur le plan thérapeutique, les médecins proposaient, dans l'attente d'une colonoscopie agendée à 2023 dans le cadre d'un dépistage néoplasique, la

poursuite d'un traitement anticoagulant en prévention de la récurrence de maladie thromboembolique. Le Dr V. _____ a rapporté une « amélioration lente mais clairement favorable » des douleurs depuis 2022. Il relevait que sur le plan thérapeutique, l'assuré poursuivait une réadaptation active et que la médication par prégabaline était sevrée, sans modification des douleurs. Il évoquait la possibilité d'une cryoneurolyse, toutefois non réalisée afin de laisser le temps à l'assuré d'y réfléchir (cf. rapports des 13 janvier et 3 février 2024). Il proposait en outre la poursuite d'une prise en charge multimodale sur le plan thérapeutique comprenant des éléments médicamenteux, psychologique, physique (physiothérapie) et interventionnel par infiltration de corticoïde de l'articulation tibio-talienne (cf. rapport du 12 mai 2023). cc) La CNA a sollicité à nouveau l'avis du Dr N. _____. Dans ses appréciations subséquentes, il a considéré qu'il n'y avait pas de modification de l'exigibilité définie lors de son examen de l'assuré du 16 août 2022. La situation était toujours considérée comme stabilisée et les documents médicaux reçus subséquemment, en particulier le bilan d'angiologie, ne modifiaient pas son évaluation (avis du 27 janvier 2023). Il a proposé la poursuite de la physiothérapie (à raison de trois séries de neuf séances), du traitement antalgique (à raison de trois emballages par mois pour six mois) et des consultations médicales (à raison de quatre consultations pour l'année 2023) (avis du 21 avril 2023). Le médecin a ensuite encore pris position sur les nouveaux documents médicaux produits depuis sa dernière appréciation et a derechef conclu à la stabilisation de l'état de santé, tout en proposant la prise en charge du traitement d'antalgie proposé par le Dr S. _____ ainsi que la continuation du traitement d'angiologie (avis du 24 juillet 2023). dd) Il ressort de ce qui précède qu'aucune nouvelle opération n'est planifiée ni agendée et que la capacité de travail exigible dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles est pleine et entière. Il ne ressort au demeurant pas des éléments du dossier qu'un traitement serait susceptible de résorber de manière significative les douleurs de l'assuré et d'améliorer la capacité de travail exigible de celui-ci. Au demeurant, il n'y a pas au dossier d'avis médical proposant une nouvelle thérapie en ce sens. Le Dr N. _____ ne s'écarte pas de ce constat et a admis la nécessité de poursuivre un traitement de physiothérapie à raison de trois séries de neuf séances, d'un traitement antalgique et des consultations médicales (cf. avis du 24 juillet 2023). A cet égard, le seul fait que le recourant ressente encore des douleurs et qu'il se voit prescrire de la physiothérapie et des traitements antalgiques ne permet pas de conclure que son état de santé ne serait pas stabilisé, dès lors que, selon la jurisprudence, la prescription d'antalgiques et de séances de physiothérapie est compatible avec un état de santé stabilisé (cf. TF 8C_20/2022 précité consid. 6.3 ; TF 8C_93/2022 du 19 octobre 2022 consid. 4.2 et la référence citée). Dans son appréciation du 6 mai 2024, le Dr N. _____ a encore constaté que la totalité des éléments disponibles dans les rapports médicaux n'étaient pas en opposition avec les appréciations faites par l'intimée. Il a bien expliqué ne pas avoir trouvé de justification parmi les affirmations du Dr B. _____ lui permettant de modifier son avis. En particulier, aucune explication du médecin [...] ne permet de justifier une modification de la date de stabilisation de l'état de santé. En outre, les différents rapports médicaux produits par le recourant n'apportent pas d'éléments objectifs relatifs à la date de stabilisation au sens de l'art. 19 al. 1 LAA. On constate effectivement que les Drs Y. _____, K. _____ et B. _____ fondent principalement leurs conclusions sur les plaintes rapportées par le recourant, soit des éléments subjectifs. Ils n'expliquent du reste pas en quoi certaines plaintes de l'assuré, telles que les douleurs aux 4^e et 5^e métatarsiens seraient en lien de causalité – au sens de la LAA (cf. consid. 3a supra) – avec l'accident du

20 mai 2019. Ils ne font au demeurant pas état d'éléments qui auraient été ignorés par le médecin d'arrondissement de la CNA. Au surplus, on rappellera que la question de la stabilisation de l'état de santé doit être examinée de manière prospective (cf. consid 3c supra), les rapports médicaux établis postérieurement à l'examen de la stabilisation n'étant dès lors pas déterminants (cf. David Ionta, Stabilisation de l'état de santé en LAA, in HAVE/REAS 4/2023, p. 316 et les références citées). ee) En ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail du recourant, il ressort également de l'ensemble du dossier que les limitations fonctionnelles retenues empêchent la poursuite de l'activité habituelle de menuisier, où l'intéressé doit se voir reconnaître une incapacité de travail totale et définitive depuis l'accident du 20 mai 2019. Cela étant, il convient de constater que le médecin d'arrondissement de la CNA a retenu une pleine capacité de travail du recourant sans diminution de rendement dans une activité adaptée, ce qui n'est pas critiquable au vu de la nature des limitations fonctionnelles retenues. En effet, il ressort de l'anamnèse du rapport d'examen du 16 août 2022 que le recourant était capable, à l'été 2022, de maintenir une activité physique, puis de l'intensifier. Par ailleurs, le recourant n'est pas atteint aux membres supérieurs et l'exercice d'un emploi respectant la position assise est exigible de la part de l'intéressé, si bien qu'une capacité de travail entière dans une activité adaptée doit lui être reconnue. Pour le surplus, les divers arrêts de travail établis par les médecins traitants au dossier ne sont pas de nature à remettre en cause ce constat, dès lors qu'ils ne se prononcent pas sur les limitations fonctionnelles de l'assuré ni sur sa capacité de travail dans une activité adaptée à celles-ci. c) En conclusion, il y a lieu de constater que le Dr N. _____ a repris l'ensemble des éléments du dossier, procédé à un examen complet, pris en considération les plaintes de l'assuré ainsi que les constatations cliniques de l'examen du 16 août 2022. Il a apprécié de manière convaincante l'état de santé, les limitations fonctionnelles et la capacité de travail exigible du recourant. Le recourant n'apporte aucun élément médical objectif qui permettrait de remettre en cause les conclusions du médecin de la CNA. Aussi, sur la base du dossier, on ne voit pas quel élément aurait été omis ou écarté à tort et qui aurait permis de conclure à la non-stabilisation de l'état de santé. Dans ces conditions, l'état de santé du recourant doit être tenu pour stabilisé au 16 août 2022. C'est dès lors à juste titre que la CNA a mis fin au versement des indemnités journalières et à la prise en charge du traitement médical au 31 octobre 2022. Pour le surplus, et ainsi que l'a bien relevé le recourant, son recours n'est dirigé ni contre la fixation de l'IPAI, ni contre le refus de rente d'invalidité, qu'il n'y a dès lors pas lieu d'examiner (cf. recours du 25 octobre 2023, ch. 1, p. 15). 6. Au vu de ce qui précède, il faut constater que les pièces médicales au dossier permettent à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de faire droit à la demande du recourant tendant à la mise en œuvre d'une nouvelle expertise ainsi qu'à l'audition du Dr N. _____ en qualité de témoin. En effet, de telles mesures ne seraient pas de nature à modifier les considérations qui précèdent, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit. La requête du recourant en ce sens doit ainsi être rejetée par appréciation anticipée des preuves (ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1). 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée n'y a pas davantage droit, dès lors qu'elle a agi en qualité d'institution chargée de tâches de droit public (ATF 126 V 143 consid. 4 ; voir également ATF 128 V 323).

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