

VD_FINDINFO AA 1/13 - 21/2015 vom 23. März 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-03-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_1_13_-_21_2015

FR: VD_FINDINFO AA 1/13 - 21/2015 du 23 mars 2015

IT: VD_FINDINFO AA 1/13 - 21/2015 del 23 marzo 2015

Regeste

ACCIDENT, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, LÉSION DU GENOU, LÉSION DU LIGAMENT, LÉSION DU MÉNISQUE, DÉCISION DE RENVOI | 10 LAA, 16 LAA, 36 LAA, 6 LAA

Erwägungen

E. 29

al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b ; ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et référence citée). 6.4 Dans le cas particulier, il ne fait pas de doute que les rapports d'expertise du Dr C._____ et du Centre d'expertise N._____SA, d'excellente facture, remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels énoncés sous considérant 6.1 supra. Il en va d'ailleurs de même du rapport d'examen établi par le Dr V._____ du SMR. Ces documents, étayés sur le plan des constats cliniques et des conclusions, au demeurant élaborés en pleine connaissance des pièces du dossier et de l'anamnèse à la date de leur réalisation, sont clairs, exempts de contradictions, tout en s'avérant en définitive convergents dans leurs résultats. Cela étant, le mandat des spécialistes concernés ne comportait pas l'examen du lien de causalité, déterminant pour statuer sur le droit aux prestations en matière d'accidents, la tâche des experts s'étant inscrite dans le contexte de l'analyse de la perte de gain en cas de maladie et de l'invalidité, sans qu'ils aient été sollicités spécifiquement par SWICA Assurances SA en sa qualité d'assureur contre les accidents. Il n'en demeure pas moins que les constats médicaux exhaustifs permettent, pour partie comme il sera exposé ci-après sous point 7, de se prononcer sur les prestations LAA spécifiques susceptibles d'entrer en ligne de compte dans le cas de l'assurée des suites des accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007. 6.5 Il n'en va en revanche pas de même de l'avis du Dr H._____ du 22 avril 2009, sur lequel repose la décision sur opposition entreprise et qui constitue l'unique appréciation spécialisée sur la question du lien de causalité. Ce praticien s'est déterminé exclusivement sur la base des pièces du dossier et n'a pas expliqué pourquoi les lésions ligamentaires et méniscales seraient d'origine exclusivement malade, ni dans le cas contraire, à quelle date le statu quo sine vel ante serait manifestement atteint. S'agissant de la détermination de ce dernier, pour le moins succincte, force est de constater que ce document ne saurait remplir les réquisits jurisprudentiels rappelés supra au considérant 6.1 pour se voir accorder pleine valeur probante. Le médecin-conseil de l'intimée s'est en outre limité à mettre en doute le lien de causalité entre la pathologie dont se plaint la recourante et les événements en cause, sur la base des observations de ses confrères et des rapports d'imagerie médicale. Ses conclusions laissent au demeurant subsister de nombreuses interrogations sur l'origine des problèmes allégués par l'assurée, sans emporter la conviction quant à l'exclusion d'un tel lien. Eu

égard plus particulièrement aux constats rapportés des suites des radiographies et des IRM réalisées par la Dresse P._____, soit des « déchirures méniscales » et une « déchirure partielle du LCA », le Dr H._____ n'expose pas en quoi la pathologie dégénérative et l'obésité observées dans le cas de la recourante seraient davantage susceptibles d'expliquer la survenance et l'intensité des telles lésions. Alors que ces affections sont susceptibles d'être assimilées à des accidents au sens de l'art. 9 al. 2 let. c et g OLAA, le Dr H._____ n'a pas précisé les éléments le conduisant à conclure à leur origine éventuellement purement dégénérative. Il ne s'est en particulier nullement déterminé sur les rapports d'imagerie ayant mis à jour ces problématiques, s'étant en définitive limité à incriminer l'obésité et l'arthrose affectant l'assurée antérieurement aux accidents en cause. 7.

S'agissant en particulier des suites de l'accident du 8 octobre 2007, le Dr Y._____ a indiqué que sa patiente souffrait de « contusions aux membres inférieurs » et d'une « thrombophlébite résiduelle ». Il a prescrit des anti-coagulants (Sintrom) per os et des antalgiques, ainsi qu'un arrêt total de travail du 11 octobre 2007 au 11 novembre 2007. Une reprise d'activité était envisagée dès cette date, alors que le traitement était censé cesser dans les deux semaines (cf. rapport du Dr Y._____ du 24 octobre 2007). De l'avis du Dr H._____, l'accident du 8 octobre 2007 a été – certes à moins de 50% – à l'origine de la thrombophlébite, ce qui pourrait suffire à entraîner la prise en charge par l'assurance-accidents des suites de cette atteinte à la santé. Selon le rapport d'expertise du 4 décembre 2007, dont la pleine valeur probante a été constatée (cf. considérant 6.4 supra), le Dr C._____ a conclu à une capacité de travail de 85% dans une activité adaptée, soit sans port de charges excédant 15 kg et sans mouvements répétitifs du rachis en porte-à-faux. L'expert a retenu les diagnostics de « lombo-pseudo-sciatalgies chroniques », « troubles dégénératifs sévères du rachis lombaire », « obésité », « hypothyroïdie » et « syndrome d'apnée du sommeil », dont il convient de considérer que seuls les deux premiers sont susceptibles d'influer sur la capacité de travail de la recourante. Le Dr C._____ n'atteste d'aucune incapacité de travail qui serait en lien avec une « thrombophlébite », au demeurant non diagnostiquée dans le cadre de son expertise. Dès lors, l'on ne peut que constater que les indications communiquées par le Dr Y._____ le 24 octobre 2007, en l'absence de toute observation de l'expert sur le plan d'une atteinte à la santé d'ordre veineux, ont lieu d'être retenues concernant les suites de l'accident du 8 octobre 2007, soit l'absence d'incapacité de travail prononcée de ce fait au-delà du 11 novembre 2007. Pour ce motif, le droit à des indemnités journalières consécutivement à l'accident précité peut être manifestement exclu pour la période postérieure au

E. 31

mars 2008. Le droit à la prise en charge du traitement médical pourrait en revanche encore entrer en considération, pour autant que ce traitement se soit effectivement poursuivi au-delà du 31 mars 2008. Le Dr C._____ a constaté dans l'anamnèse relatée dans son rapport d'expertise que le traitement de Sintrom se poursuivait encore au moment de l'expertise et l'on ignore s'il a été interrompu au 31 mars 2008. Cas échéant, il s'agira d'établir si la poursuite du traitement était encore liée au caillot sanguin qui se serait formé suite au traumatisme subi le 8 octobre 2007 ou si elle est exclusivement liée aux problèmes de circulation sanguine affectant la recourante, étant précisé que les éléments versés au dossier en l'état ne permettent pas de se prononcer à cet égard. Il appartiendra à l'intimée d'instruire ce point et de statuer à nouveau sur le droit à la prise en charge des frais de traitement par Sintrom éventuellement postérieurs au 31 mars 2008. 8. En ce qui concerne les conséquences de l'accident du 12 décembre 2007, il sied de relever premièrement que la

« fracture du plateau tibial » n'était que suspectée à l'issue du rapport de la Dresse P. _____ du 18 décembre 2007, mais a pu finalement être exclue selon le rapport de cette même praticienne du 28 janvier 2008, ainsi que selon les réponses communiquées par le Dr Y. _____ à l'intimée par questionnaire du 22 octobre 2008. En second lieu, le status consécutif à la déchirure partielle du LCA, pour autant que cette lésion puisse être considérée comme avérée, découlerait – au degré de la vraisemblance prépondérante – de l'accident du 12 décembre 2007 selon les réponses du Dr Y. _____ au questionnaire précité. Il en irait de même des déchirures méniscales. Cela étant, l'on rappellera que l'incapacité de travail de la recourante dans sa profession était déjà totale depuis mai 2007, en raison des lombo-pseudo-sciatalgies chroniques et des troubles dégénératifs du rachis lombaire, de sorte que les indemnités journalières de l'assurance-accidents auraient déjà pu lui être refusées pour ce motif. Un accident ne peut en effet pas entraîner une incapacité de travail auprès d'une assurée préalablement dénuée de toute capacité de travail avant sa survenance. On parle de « causalité outrepassante » lorsqu'après un événement dommageable – en l'occurrence un cas de maladie – surviennent des faits nouveaux – en l'espèce l'accident du 12 décembre 2007 – qui auraient pu entraîner ou contribuer à entraîner le même dommage, si le premier événement ne s'était pas produit ; la causalité naturelle avec ce premier événement ne cesse pas ; en ce qui concerne le second événement, elle n'est pas réelle, mais uniquement hypothétique (cf. sur cette question : Franz Werro, La responsabilité civile, 2^{ème} éd. 2011, p. 63). Par ailleurs, les limitations de la capacité de travail dans une activité adaptée et la diminution de rendement attestées par le Dr C. _____, puis les Drs F. _____ et D. _____ au sein du Centre d'expertise N. _____ SA, et enfin le Dr V. _____ du SMR, sont restées identiques. La persistance d'une incapacité de travail supérieure à 15% dans une activité respectant les limitations fonctionnelles au-delà du 31 mars 2008 n'est pas établie, tandis que le traitement a consisté essentiellement en antalgiques et anti-inflammatoires. L'on rappellera également que l'OAI a constaté dans une décision du 14 octobre 2011, entrée en force, que le degré d'invalidité de la recourante s'élevait à 5,2%, soit largement inférieur à 10%, ce qui exclut manifestement tout droit à une rente, aussi bien de l'assurance-invalidité que de l'assurance-accidents. Dès lors, force est de déduire des éléments qui précèdent que les conclusions de la recourante, en ce qu'elles porteraient sur le droit à des indemnités journalières ou à une rente, sont manifestement mal fondées. Il n'est en revanche pas possible de se prononcer sur les conclusions afférentes au traitement médical des lésions ligamentaires et méniscales, ainsi que sur le droit à une éventuelle IPAI, le dossier de la cause n'étant pas instruit à satisfaction sur ces questions, tandis que l'appréciation du Dr H. _____ du 22 avril 2009 ne permet pas davantage d'y répondre. Compte tenu des doutes et des interrogations subsistant quant à l'origine malade ou accidentelle des déchirures du ménisque et du LCA – voire même quant au caractère avéré de tels diagnostics – présentées par la recourante, il s'impose de procéder à un complément d'instruction, destiné à clarifier cette question. 9. L'on ajoutera enfin à toutes fins utiles, quand bien même cet aspect n'a pas été discuté par les parties, qu'un lien de causalité adéquate entre les symptômes psychiques présentés par la recourante et les accidents des 8 octobre 2007 et 12 décembre 2007 peut à l'évidence être exclu du fait de la survenance bien antérieure de cette problématique. Procédant à la qualification préalable du degré de gravité desdits accidents, l'on peut de toute façon déduire qu'ils revêtent un caractère insignifiant et doivent être en conséquence qualifiés de peu gravité. L'assurée a en effet été victime de chutes dans les transports publics et sur la chaussée, ayant notamment entraîné

des contusions, ce qui constitue des événements relativement banals du quotidien. Or, de jurisprudence constante, énoncée sous considérant 4.3 plus haut, un lien de causalité adéquate entre des troubles psychiques et un accident de peu de gravité doit être nié d'emblée, qui plus est en l'absence de toutes circonstances particulières entourant l'événement.

10. 10.1 Comme exposé, dans le domaine des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par l'assureur, qui prend les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin (cf. art. 43 al. 1 LPGA). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (cf. TF U 571/06 du 29 mai 2007 consid. 4.2, in SVR 2007 UV n° 33 p. 111 ; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2ème éd., n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA). Selon la jurisprudence, le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire (ATF 122 V 157 consid. 1d). Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008 consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (TFA C 206/00 du 17 novembre 2000, in : DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5 ; 138 V 318).

10.2 En l'espèce, le litige ne porte plus que sur la prise en charge des frais du traitement médical et sur le droit à une IPAI. Un renvoi de la cause pour instruction complémentaire se justifie dans la mesure où les questions encore en suspens n'ont quasiment pas été instruites par l'intimée, étant souligné le caractère particulièrement succinct du rapport du Dr H._____. Il est rappelé que le Dr H._____ s'est déterminé uniquement sur la base des pièces du dossier et n'a pas expliqué pourquoi les lésions méniscales et ligamentaire, pour autant qu'elles fussent établies, seraient d'origine manifestement exclusivement malade, ni dans le cas contraire, à quel date le statu quo ante vel sine aurait été atteint. Il s'impose en conséquence de renvoyer la cause à SWICA Assurances SA pour mettre en œuvre une expertise auprès d'un médecin spécialiste indépendant en application de l'art. 44 LPGA. L'expert devra indiquer si des lésions ligamentaires et méniscales peuvent être tenues pour établies in casu. Cas échéant, il lui appartiendra de préciser dans quelle mesure

ces lésions seraient en lien de causalité avec l'accident du 12 décembre 2007 ou si on peut considérer que ces atteintes à la santé sont désormais manifestement de caractère exclusivement dégénératif et, cas échéant, à partir de quelle date. Dans le cas contraire, il devra également se prononcer sur le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il lui incombera également de déterminer si la gonarthrose affectant l'assurée peut être attribuée, au degré de la vraisemblance prépondérante, aux atteintes à la santé éventuellement dues à l'accident du 12 décembre 2007. Il se prononcera enfin sur la poursuite du traitement par Sintrom postérieurement au 31 mars 2008 et, cas échéant, sur les motifs exacts de ce traitement. A l'issue de ces compléments diligentés par l'intimée, il incombera à celle-ci de rendre une nouvelle décision statuant sur les éléments ci-dessus. 11. Vu l'exposé qui précède, le recours doit être admis et la décision sur opposition querellée annulée sous suite de renvoi à SWICA Assurances SA pour complément d'instruction avant nouvelle décision. 11.1 La procédure étant gratuite, il n'est pas perçu de frais de justice (cf. art. 61 let. a LPGA). 11.2 Obtenant gain de cause, la recourante, assistée d'un mandataire professionnel, a par ailleurs droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD, applicable sur renvoi de l'art. 109 al. 1 LPA-VD). Selon l'art. 7 al. 3 TFJAS (Tarif des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales ; RSV 173.36.5.2), les honoraires sont fixés d'après l'importance et la complexité du litige, sans égard à la valeur litigieuse, et sont en règle générale compris entre 500 et 5'000 francs. In casu, l'importance et la complexité du litige justifient l'allocation d'une indemnité de 2'000 fr. à titre de dépens, portée à la charge de l'intimé. Vu que ce montant dépasse l'indemnité à laquelle pourrait prétendre le mandataire du recourant dans le cadre de l'assistance judiciaire, il est renoncé à fixer précisément ladite indemnité.

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