

## **VD\_FINDINFO AA 34/12 - 57/2013 vom 21. Juni 2013**

VD Tribunal cantonal, 2013-06-21, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_AA\\_34\\_12\\_-\\_57\\_2013](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_34_12_-_57_2013)

FR: VD\_FINDINFO AA 34/12 - 57/2013 du 21 juin 2013

IT: VD\_FINDINFO AA 34/12 - 57/2013 del 21 giugno 2013

### **Regeste**

RÉVISION{DÉCISION}, RECONSIDÉRATION, SOINS MÉDICAUX, THÉRAPIE | 10  
al. 1 LAA, 19 al. 1 LAA, 53 al. 1 LPGA, 53 al. 2 LPGA

### **Erwägungen**

#### **E. 4**

a) Conformément à un principe général du droit des assurances sociales, l'administration (ou l'assureur) peut reconsidérer une décision formellement passée en force et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, à condition qu'elle soit manifestement erronée et que sa rectification revête une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA; ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 116 V 62 consid. 3a p. 62). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 125 V 383 consid. 3 p. 389 et les références citées). Selon la jurisprudence, l'administration n'est pas tenue de reconsidérer les décisions qui remplissent les conditions fixées; elle en a simplement la faculté et ni l'assuré ni le juge ne peuvent l'y contraindre. Le corollaire en est que les décisions portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne peuvent pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 p. 52; 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 12; TF 9C\_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 2<sup>ème</sup> éd., no 44 ad art. 53). Une administration refuse d'entrer en matière sur une demande de reconsidération lorsqu'elle se borne à procéder à un examen sommaire de la requête et répète les motifs invoqués dans la décision initiale (ATF 117 V 8 consid. 2b/aa p.14; TF 8C\_866/2009 du 27 avril 2010 consid. 2.2). Cependant, lorsque l'administration entre en matière sur une demande de reconsidération et examine si les conditions requises sont remplies, avant de statuer au fond par une nouvelle décision de refus, celle-ci est susceptible d'être attaquée en justice. Le contrôle juridictionnel dans la procédure de recours subséquente se limite alors au point de savoir si les conditions d'une reconsidération (inexactitude manifeste de la décision initiale et importance notable de la rectification) sont réunies (ATF 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479; 117 V 8 consid. 2a p. 13; 116 V 62 consid. 3a p. 63; TF 9C\_447/2007 du 10 juillet 2008 consid. 1; Kieser, op. cit., no 44 ad art. 53). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17; 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). L'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. Par exemple, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend des conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à

certaines de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision initiale est admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, cela ne suffit pas pour admettre que les conditions de la reconsidération sont remplies (TF 9C\_709/2012 du 27 novembre 2012 consid. 2.1; SVR 2009 UV n 6 p. 21, TF U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.3.1; TF I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). b) Les prestations d'assurance sont également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance accidents; 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 maladie 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 p. 138 et les références citées; TF 8C\_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Il y a également rechute ou séquelle tardive si, auparavant, le traitement médical avait permis d'obtenir une relative stabilisation de l'état de santé, au point qu'il n'y avait plus lieu d'attendre de ce traitement une amélioration sensible de cet état de santé (TF 8C\_1023/2008 du 1<sup>er</sup> décembre 2009 consid. 6.1). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident (TF 8C\_895/2011 du 7 janvier 2013 consid. 5.1). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (TF 8C\_535/2008 du 2 février 2009 consid. 2.1; RAMA 1997 no U 275 p. 191 consid. 1c).

#### **E. 4.1**

p. 170; 128 II 112 consid. 10b/aa p. 125; 126 II 377 consid. 3a p. 387 et les arrêts cités). Le principe de la bonne foi, consacré à l'art. 5 al. 3 Cst., interdit notamment aux organes de l'Etat et aux administrés d'user les uns envers les autres de procédés déloyaux et d'abuser manifestement de leurs droits. L'administration doit s'abstenir de toute attitude propre à tromper les administrés et elle ne saurait tirer avantage des conséquences d'une incorrection ou d'une insuffisance de sa part (Claude Rouiller, Protection contre l'arbitraire et protection de la bonne foi, in Droit constitutionnel suisse, Daniel Thürer / Jean-François Aubert / Jörg-Paul Müller [éditeurs], Zurich, 2001, p. 686). Une décision ou un renseignement erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition que a) l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences et c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu. Il faut encore qu'il se soit fondé sur les assurances ou le comportement dont il se prévaut pour d) prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice, et e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 637; 129 I 161 consid. 4.1 p. 170; 122 II 113 consid. 3b/cc p. 123 et les références citées). Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence, simplement, d'un comportement d'une administration susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (ATF 129 II 361 consid. 7.1 p. 381 et les références citées). b) Le recourant ne saurait déduire du courrier du 24 mars 2011 une promesse de prise en charge illimitée de la balnéothérapie et des consultations médicales y

relatives, car l'intimée avait précisé dans ce courrier que la prise en charge était "sans engagement pour l'avenir et jusqu'à nouvel avis". En outre, le recourant ne prétend pas avoir pris, sur la base de ce courrier, des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice. L'intimée n'a donc pas contrevenu au principe de la bonne foi en mettant un terme à la prise en charge du traitement médical de l'assuré à compter du 12 décembre 2011.

#### **E. 5**

a) Dans sa communication du 24 mars 2011, la CNA déclare pouvoir "continuer à prendre en charge – sans engagement pour l'avenir et jusqu'à nouvel avis" certaines prestations tout en précisant que seuls les troubles situés au niveau du membre inférieur gauche engagent la responsabilité de la CNA. La décision du 15 décembre 2011 nie le rapport de causalité entre les troubles qui subsistaient à cette date et l'accident du 13 février 2005. Quant à la décision sur opposition du 23 février 2012, elle constate d'une part que la situation n'a pas changé depuis la clôture du cas au 31 janvier 2007, d'autre part que le diagnostic de Sudeck est discutable et ne peut plus être retenu, enfin qu'il n'existe aucune base légale obligeant la CNA à prendre en charge les frais de traitement au-delà du 31 janvier 2007. b) Lorsque la CNA a pris en charge les traitements de balnéothérapie et les traitements médicaux en date du 24 mars 2011, elle s'est fondée essentiellement sur les rapports médicaux de la Dresse P. \_\_\_\_\_ datés du 30 octobre 2009, du 17 mars 2010 et du 7 janvier 2011. D'un côté, le rapport du 30 octobre 2009 justifiait le traitement de physiothérapie par un syndrome de Sudeck développé en post-opératoire lors de l'accident, de l'autre côté ce rapport constatait une perte d'environ 30° de flexion au niveau du genou gauche durant les derniers mois précédant l'établissement de ce rapport. L'acceptation du premier motif équivaldrait à une reconsidération de la décision sur opposition du 30 mai 2007. Quant à l'acceptation du second motif, elle équivaldrait à l'admission d'une séquelle tardive ou d'une rechute. Le rapport du 17 mars 2010 liait par contre les douleurs et la diminution de la flexion extension du genou gauche à l'ablation de la vis de verrouillage. Cela plaiderait en faveur d'une séquelle tardive. En acceptant le 23 mars 2011 la reprise en charge de traitements, le Dr X. \_\_\_\_\_ n'a fourni aucune explication. Dans la mesure toutefois où il avait nié le 16 janvier 2007 le lien de causalité entre l'éventuel diagnostic de syndrome de Sudeck et l'accident du 13 février 2005, son acceptation de la reprise en charge du traitement était selon toute vraisemblance fondée sur l'hypothèse d'une séquelle tardive. Il en découle que la communication du 24 mars 2011 ne peut pas être qualifiée comme une reconsidération de la décision sur opposition du 30 mai 2007. Au surplus, les conditions pour une reconsidération n'auraient pas été remplies. Le rapport du 30 octobre 2009 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ justifiant le traitement de physiothérapie par un syndrome de Sudeck développé en post-opératoire lors de son accident ne saurait être un motif de reconsidération. Même si l'existence d'une algodystrophie consécutive à l'accident du 13 février 2005 était considérée comme prouvée malgré qu'elle n'ait pas été constatée lors des deux séjours à la CRR, une telle atteinte à la santé ne serait pas dans une relation de causalité naturelle avec l'accident du 13 février 2005. Selon la jurisprudence, l'algodystrophie doit remplir les conditions suivantes pour être considérée comme une conséquence d'un accident: a) preuve d'une atteinte physique après un accident ou apparition après une opération faite à cause d'un accident; b) exclusion d'autres facteurs causaux non traumatiques; c) faible temps de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, au plus six à huit semaines (TF 8C\_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2; TF 8C\_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1; TF U 436/06 du 6 juillet 2007 consid.

3.4.2.1). Or, en l'espèce, à l'échéance de ce délai de latence, le rapport médical du 7 avril 2005 du Dr D. \_\_\_\_\_ ne signalait que peu de douleurs et une bonne évolution. Ce n'est que le rapport médical du Dr L. \_\_\_\_\_ du 19 juillet 2005 qui a signalé pour la première fois l'apparition de signes cliniques de Sudeck. Même si l'on tenait compte des constatations du rapport du 7 juin 2005 de l'inspecteur de la CNA relatives à l'apparence de la cheville, le délai de latence requis était largement dépassé. Il n'y aurait donc pas de lien de causalité naturelle avec l'accident du 13 février 2005. Il n'en va pas différemment en ce qui concerne l'ablation partielle du matériel d'ostéosynthèse le 6 octobre 2005, car le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 29 novembre 2005 ne lie aucunement l'algoneurodystrophie à cette opération, mais à la fracture du tibia; cela signifie que l'opération du 6 octobre 2005 n'avait pas provoqué de manière autonome un syndrome de Sudeck ni entraîné un accroissement notable d'un syndrome préexistant dans le délai de latence. La décision sur opposition du 30 mai 2007 n'était donc pas manifestement erronée, ce qui excluait une reconsidération.

## **E. 6**

a) Il ne ressort pas des rapports médicaux immédiatement postérieurs à l'opération d'ablation de la vis de verrouillage proximale du clou tibial le 16 septembre 2009 que cette opération ait entraîné un syndrome de Sudeck autonome, ni même un accroissement d'un syndrome de Sudeck préexistant. Le rapport du 30 octobre 2009 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ relevait seulement que le recourant était gêné au niveau de son genou antérieur ainsi qu'au niveau de la vis proximale de l'enclouage au tibia gauche; elle associait le syndrome de Sudeck qu'elle diagnostiquait à un développement post-opératoire lors de l'accident du 13 février 2005. Même le rapport du 17 mars 2010 de la Dresse P. \_\_\_\_\_ n'associait pas le syndrome de Sudeck avec les douleurs à l'endroit de l'ablation de la vis de verrouillage proximale. Il s'agit de la vis proximale, ainsi que l'a dûment écrit le médecin en question. Certes, le Dr N. \_\_\_\_\_ affirmait le 20 avril 2010 que chaque nouveau traumatisme entraînait une dégradation de l'état général, mais cette déclaration est trop peu précise pour que l'on puisse en déduire que l'opération du 16 septembre 2009 avait entraîné un syndrome de Sudeck autonome ou un accroissement d'un syndrome de Sudeck préexistant. Il en découle qu'au cas où le syndrome de Sudeck dont le recourant affirme souffrir à la jambe gauche serait prouvé, ce que l'intimée conteste, il ne constituerait ni une nouvelle rechute ni une séquelle tardive dont l'intimée aurait à répondre en vertu de l'art. 11 OLAA. Point n'est donc besoin d'établir si le diagnostic de syndrome de Sudeck peut être considéré comme prouvé avec une vraisemblance prépondérante. b) L'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA). Un traitement doit être pris en charge lorsqu'il est propre à entraîner une amélioration de l'état de santé ou à éviter une péjoration de cet état. Il n'est pas nécessaire qu'il soit de nature à rétablir ou à augmenter la capacité de gain (Frésard, L'assurance-accidents obligatoire, in: schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], soziale Sicherheit, no 61 p. 29). Selon l'art. 19 al. 1 LAA, le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus lieu d'attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente. Selon la jurisprudence, par amélioration sensible de l'état de santé, il faut entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail. L'utilisation du terme "sensible" par le législateur montre que l'amélioration que doit amener une poursuite du traitement médical doit être significative. Des améliorations insignifiantes ne suffisent pas (ATF 134

V 109 consid. 4.3 p. 115 et les références citées). En l'espèce, eu égard au fait que la décision sur opposition du 30 mai 2007 a considéré que le recourant avait, du point de vue des seules conséquences de l'accident du 13 février 2005, une pleine capacité de travail, celle-ci ne saurait être sensiblement améliorée par la balnéothérapie et les contrôles médicaux. Dans la mesure où tant le rapport de la Dresse P. \_\_\_\_\_ du 30 octobre 2009 que celui du 21 novembre 2011 du Dr K. \_\_\_\_\_ associent les atteintes au genou gauche à un syndrome de Sudeck post-opératoire, qui comme nous l'avons vu plus haut (consid. 5b ci-dessus), ne serait pas dans un rapport de causalité avec l'accident du 13 février 2005, ils ne démontrent pas la nécessité de la poursuite du traitement médical. Il faut donc admettre que la poursuite du traitement médical ne serait pas susceptible d'apporter une amélioration sensible de la capacité de travail de l'assuré en ce qui concerne les seules conséquences de cet accident. Dans sa déclaration du 10 mars 2011 à l'inspecteur de la CNA, le recourant déclarait que la balnéothérapie était nécessaire pour maintenir la mobilité et éviter une dégradation. Or, la nécessité de ces traitements pour prévenir une dégradation dans un rapport de causalité naturelle avec l'accident du 13 février 2005 ne ressort pas des rapports médicaux. Elle est aussi contestée par le rapport du Dr C. \_\_\_\_\_ – qui a pleine valeur probante –, selon lequel aucune mesure thérapeutique n'était plus requise en raison des seules suites de l'accident au niveau de la jambe gauche déjà dès le 1<sup>er</sup> février 2007. C'est dès lors à juste titre que la décision attaquée a mis un terme à la prise en charge de la balnéothérapie et des contrôles médicaux y relatifs.

#### **E. 7**

Le recourant invoque encore la protection de sa bonne foi. a) Découlant directement de l'art. 9 Cst. (Constitution fédérale du 18 avril 1999; RS 101) et valant pour l'ensemble de l'activité étatique, le principe de la bonne foi protège le citoyen dans la confiance légitime qu'il met dans les assurances reçues des autorités, lorsqu'il a réglé sa conduite d'après des décisions, des déclarations ou un comportement déterminé de l'administration (ATF 131 II 627 consid. 6.1 p. 636; 129 I 161 consid.

#### **E. 8**

Vu ce qui précède, le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision entreprise. Le présent arrêt sera rendu sans frais (art. 61 let. a LPGA) ni allocation de dépens (art. 61 let. g LPGA).

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