

VD_FINDINFO AA 55/18 -67/2019 vom 27. Mai 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-05-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_55_18_-67_2019

FR: VD_FINDINFO AA 55/18 -67/2019 du 27 mai 2019

IT: VD_FINDINFO AA 55/18 -67/2019 del 27 maggio 2019

Regeste

CAUSALITÉ NATURELLE, FORCE PROBANTE, ACCIDENT, REJET DE LA DEMANDE, LIBRE APPRÉCIATION DES PREUVES | 6 LAA

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accident (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 13 juin 2017 des suites de l'accident du 29 avril 2017.

E. 2.3

et les références). Le seul fait que des symptômes douloureux de ne sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2 ; RAMA 1999 n o U341 p. 408 consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher d'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. Par ailleurs, pour admettre l'exigence d'un rapport de causalité entre un accident et une algodystrophie, la jurisprudence impose, notamment, une courte période de latence entre l'apparition de l'algodystrophie et l'évènement accidentel ou une opération nécessitée par celui-ci, soit au maximum six à huit semaines (TF 8C_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.2 et les références ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références). c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat

organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb).

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la 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. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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. Il n'est pas nécessaire, en revanche, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 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 le droit des assurances sociales. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références, 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_432/2007 du 28 mars 2008 consid. 3.2.1, 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid.

E. 4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). D'après la jurisprudence, 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).

E. 5

En l'espèce, se fondant sur l'avis de son médecin conseil, le Dr R. _____, l'intimée a mis fin aux prestations d'assurance le 13 juin 2017, estimant que dès cette date les plaintes de la recourante n'étaient plus en lien de causalité avec l'accident du 29 avril 2017. De son côté, la recourante conteste l'interruption des prestations. Elle fait valoir que l'intimée n'a pas pris en considération le second diagnostic évoqué par le Dr C. _____, à savoir la lésion ligamentaire au niveau de l'articulation du Lisfranc du 4 e et 5 e rayon. Dans son rapport du 31 janvier 2018, le Dr R. _____ a retenu que l'action vulnérante avait très vraisemblablement été de faible envergure, que le bilan par imagerie n'avait pas mis en évidence de fracture, de luxation, de déchirure ligamentaire ou tendino-musculaire et que le bilan neurologique avait également exclu une lésion traumatique. Il a de surcroît jugé que la contusion bénigne du pied dont avait souffert la recourante avait cessé de déployer ses effets au maximum six semaines après l'accident, les plaintes subséquentes devant être rattachées à des causes extra-traumatiques. Interpelé par l'intimée sur les résultats de la scintigraphie osseuse réalisée le 8 mars 2018, le Dr R. _____ a constaté que les éléments médicaux nouveaux apportés par cet examen étaient une algoneurodystrophie en phase froide du pied droit ainsi qu'une arthropathie dégénérative du Lisfranc, aux deux pieds, plus marquée à droite. Il a par ailleurs développé les motifs qui permettaient d'exclure un lien de causalité naturelle probable entre l'accident du 29 avril 2017 et l'algoneurodystrophie, respectivement la lésion ligamentaire. Il a pour finir expliqué les raisons médicales qui permettaient de conclure que le statu quo sine avait été atteint le 13 juin 2017 et ajouté que l'IRM effectuée ce jour-là avait uniquement mis en évidence les stigmates d'une arthropathie du Lisfranc, qui s'avérait être manifestement en lien avec une arthrose, pathologie qui semblait toucher les deux pieds. Cette seule pathologie pouvait à son tour être le facteur déclenchant d'une algoneurodystrophie. Si le médecin conseil de l'intimée n'a pas procédé à un examen clinique de l'assurée, il a en revanche pris en considération l'ensemble des éléments figurant au dossier (cf. TF 8C_826/2008 du 2 avril 2009 consid. 5.2 ; RAMA 1993 p. 95 consid. 5). Il s'est prononcé en pleine connaissance de l'anamnèse et a pris en compte les plaintes de l'assurée, posant des conclusions claires et motivées. Contrairement à ce que soutient la recourante, il n'a pas ignoré le second diagnostic évoqué par le Dr C. _____. En effet, dans son rapport du 31 janvier 2018 déjà, le Dr R. _____ a, à tout le moins implicitement, exclu le diagnostic causal de lésion ligamentaire en faisant

notamment mention d'une action vulnérante de faible envergure et de l'absence de déchirure ligamentaire mise en évidence par l'IRM. Dans son rapport complémentaire du 6 juin 2018, le Dr R._____ a précisé son appréciation en indiquant que l'IRM n'avait pas permis d'objectiver une telle lésion et que seule une lésion ligamentaire d'envergure (franche solution de continuité) aurait pu constituer une base de discussion relative à un possible/probable lien de causalité avec l'accident du 29 avril 2017, étant relevé qu'une telle lésion pouvait sans autre être diagnostiquée à l'IRM. Les Drs X._____ et X._____ n'ont pas fait état d'une situation différente de celle mise en évidence par le Dr R._____, le premier cité ayant exclu une lésion osseuse traumatique, et le second une anomalie neurologique. Quant aux constatations du Dr C._____, celles-ci ne permettent pas de remettre en cause l'avis du Dr R._____. Il sied en effet de relever que le Dr C._____ n'a fait qu'évoquer le diagnostic de lésion ligamentaire au niveau de l'articulation du Lisfranc du 4^e et 5^e rayon comme une cause possible des douleurs exprimées par la recourante, et non comme une cause avérée. S'agissant de son appréciation au sujet de l'origine post-traumatique des douleurs présentées par l'assurée, celle-ci n'est ni étayée par des éléments objectifs, ni suffisamment motivée. A la lecture de ces considérations médicales, on constate que les arguments principaux invoqués sont l'absence de douleurs avant l'évènement traumatique et la persistance de celles-là au-delà de celui-ci. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie persistant après le 29 avril 2017 sur ces seuls éléments. A cet égard, il sied de rappeler la jurisprudence citée plus haut selon laquelle le seul fait que des symptômes douloureux ne sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 6.2 ; RAMA 1999 n o U341 p. 408 consid. 3b). Force est ainsi de constater que l'appréciation du Dr R._____ est convaincante et qu'il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. En particulier, aucun des médecins consultés par la recourante ne fait état d'éléments objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr R._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour jeter le doute sur les conclusions de ce médecin conseil. Enfin, il convient également de suivre le Dr R._____ lorsqu'il exclut un lien de causalité naturelle entre l'accident du 29 avril 2017 et l'algoneurodystrophie. Ce n'est en effet que dans le rapport du 9 mars 2018, soit presque onze mois après l'accident, que l'algoneurodystrophie est suspectée pour la première fois, étant précisé qu'aucun médecin ni aucune pièce médicale n'a fait état de ce diagnostic auparavant. On se situe par conséquent bien au-delà de la période de latence maximale de six à huit semaines admise par la jurisprudence pour retenir un lien de causalité naturelle entre un accident et une algoneurodystrophie (cf. TF 8C_730/2017 du 14 août 2018 consid. 4.2 et les références ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références). L'intimée était ainsi fondée à cesser de prester au-delà du 13 juin 2017 au motif que les plaintes exprimées au-delà de cette date ne présentaient pas de lien de causalité avec l'accident du 29 avril 2017.

E. 6

Au regard de ce qui précède, la mise en œuvre des mesures d'instruction complémentaires requises par la recourante – singulièrement, la soumission de questions supplémentaires au Dr C._____ – n'apparaît pas de nature à apporter un éclairage différent quant aux éléments retenus ci-dessus. Elle doit donc être rejetée.

E. 7

a) Il résulte des considérants qui précèdent que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

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