

VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 732 vom 29. August 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-08-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2017__732

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 732 du 29 août 2017

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2017 / 732 del 29 agosto 2017

Regeste

ACCIDENT PROFESSIONNEL, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE | 10 al. 1 LAA, 16 al. 1 LAA, 6 al. 1 LAA, 4 LPGA, 43 al. 1 LPGA, 43 al. 2 LPGA

Erwägungen

E. 5

En l'espèce, la recourante fait pour l'essentiel valoir qu'elle fait encore de la physiothérapie à la suite de l'accident du 28 septembre 2015 [recte : 2013], qu'elle a toujours de fortes douleurs au niveau du mollet droit et qu'elle n'est pas apte à reprendre le travail, estimant qu'il incombe à la CNA de prendre en charge les suites dudit accident jusqu'à ce qu'elle soit guérie et que ses médecins traitants certifient de son aptitude à reprendre le travail. a) Sur le plan somatique, l'atteinte dont la recourante a souffert à la suite de l'événement du 28 septembre 2013 est uniquement celle du mollet droit. Tous les médecins s'accordent également quant au fait que ladite atteinte a consisté en une déchirure du muscle jumeau interne (cf. rapport d'écho-Doppler du 5 décembre 2013 du Dr B._____, rapports du Dr K._____ des 14 avril 2014 et 6 mai 2014, rapport du Dr F._____ du 21 mai 2014). Les examens d'imagerie mis en œuvre ont permis d'exclure en particulier une rupture, partielle ou totale, fraîche ou ancienne, du talon d'Achille (cf. rapport d'ultrason du mollet droit du 25 novembre 2013 des Drs T._____ et J._____), de même qu'une thrombose veineuse profonde du mollet droit (cf. rapport du Dr B._____ du 5 décembre 2013). Quant à l'IRM lombaire, elle a établi l'existence de discopathies débutantes étagées, à peine protrusives en L4-L5 et L5-S1 mais sans conflit disco-radiculaire, d'une légère spondylarthrose L4-L5, d'une ostéophytose et d'un léger pincement discal en D11-D12 ainsi que d'un kyste cortical polaire inférieur du rein droit (cf. rapport du 13 mai 2014 du Dr E._____), étant constant que ces atteintes sont de nature dégénérative et non imputables à l'événement accidentel (cf. rapport du Dr H._____ du 17 mars 2015). S'agissant de l'évolution de la déchirure du muscle jumeau interne, le Dr W._____ a expliqué le 5 décembre 2013 que sa patiente présentait toujours des plaintes à ce niveau, mais que les constatations sonographiques permettaient d'exclure une importante lésion musculaire. De l'avis du Dr K._____, le pronostic était favorable, avec une reprise d'activité à 50 % dès le 1^{er} mai 2014 (cf. rapport du 14 avril 2014). Du reste, une redéchirure a été écartée (cf. rapport du 17 avril 2014 du Dr B._____) et l'IRM de la jambe droite a permis de faire état d'un examen sans problème hormis une petite zone d'altération de signal de la jonction myo-tendineuse du jumeau interne droit distal (diagnostic différentiel : petite cicatrice résiduelle ; cf. rapport d'IRM du 6 mai 2014 du Dr E._____). Le Dr K._____ a confirmé le 6 mai 2014 qu'à ses yeux, le travail pouvait être repris à 50 % dès le 1^{er} mai 2014, relevant cependant comme circonstances pouvant influencer défavorablement le

processus de guérison un désir de la patiente d'obtenir des prestations plus importantes de la part de l'assurance. Quoiqu'il en soit, le Dr F. _____ a lui aussi indiqué en mai 2014 une amélioration nette de la symptomatologie. Le rapport d'écho-Doppler du B. _____ du 31 juillet 2014 a également permis de constater l'absence de nouvelle lésion et d'hématome récemment apparu au niveau du membre inférieur droit. C'est dans ce contexte que le Dr Y. _____ a examiné l'assurée. Ce spécialiste ne s'est pas limité à la voir à une seule occasion, mais l'a rencontrée les 19 juin, 24 juin, 12 juillet et 18 août 2014. C'est en outre le médecin traitant de l'assurée qui la lui avait adressée, ce médecin l'ayant mise en arrêt depuis le 3 mai 2014. Or de l'avis du Dr Y. _____, l'assurée était apte à reprendre son activité à 100 % le 28 juillet 2014 (cf. rapport du 18 août 2014). Interpellé par la CNA, ce spécialiste a répété le 3 novembre 2014 que la capacité de travail de l'assurée était totale dès le 28 juillet 2014, et qu'il avait dès lors refusé de prolonger l'arrêt de travail, la capacité de travail étant réelle. L'assurée a ensuite été examinée par le Dr H. _____, qui, comme le Dr Y. _____, est spécialiste en chirurgie orthopédique. Le Dr H. _____ a fait une appréciation du cas en tout point semblable à celle du Dr Y. _____ : il a en particulier posé le diagnostic de status 18 mois après déchirure musculaire du jumeau interne droit au tiers médian, comme les autres médecins. A l'examen, il a constaté que la morphologie était tout à fait symétrique et physiologique. La mobilité articulaire était dans la norme tant au niveau du genou que de la cheville droite. Le Dr H. _____ a constaté sur la base de son examen clinique ainsi que sur les constatations faites au dernier examen par ultrasonographie le 14 octobre 2014 que la lésion musculaire était cicatrisée. Aucun élément ne justifie de s'écarter de l'avis, bien documenté et clair du Dr H. _____, qui repose sur un examen détaillé des pièces médicales au dossier, ainsi que sur l'examen clinique de l'assurée. Il en résulte que la recourante ne présente plus d'incapacité de travail imputable à l'événement accidentel, et qu'elle est en mesure de travailler dans son activité habituelle. L'intéressée ne peut en particulier être suivie, lorsqu'elle affirme que les documents radiologiques attestent de son incapacité à reprendre le travail, lesdits documents attestant au contraire d'une cicatrisation de la déchirure, respectivement d'atteintes dégénératives et non post-traumatiques au niveau lombaire, sans lien avec l'accident en cause. Quant au rapport d'écho-Doppler du 27 juillet 2015 du Dr B. _____ produit en procédure, il confirme un aspect échographique peu évolutif comparativement à l'examen du 17 avril 2014, examen dont le Dr H. _____ a pris connaissance dans le cadre de son appréciation. Pour le surplus, il ne peut être fait grief au Dr Y. _____ d'avoir pris position sur le cas de l'assurée sans bien le connaître, ce spécialiste l'ayant examinée à quatre reprises. Quant au Dr F. _____, il s'est limité dans son rapport du 26 septembre 2014 à faire état d'une déchirure musculaire – déjà connue –, laquelle était au demeurant, comme l'a relevé le Dr S. _____ le 14 octobre 2014, cicatrisée. Pour le surplus, ce médecin avait fait état le 26 septembre 2014 de la nécessité « fort probable » d'acte chirurgical, alors que le Dr H. _____ a estimé qu'il n'y avait aucune proposition thérapeutique à formuler, le Dr U. _____ ayant également relevé qu'il n'y avait aucune sanction à proposer d'un point de vue neurochirurgical. Cela étant, l'avis, isolé, du Dr F. _____ – qui n'est pas un médecin spécialiste mais le médecin traitant et qui, dans le cadre de la relation de confiance le liant à la recourante, va plutôt pencher, en cas de doute, en sa faveur – n'est pas propre à remettre en cause l'appréciation des Drs H. _____ et Y. _____, respectivement de la Dresse C. _____ du SMR du 27 août 2015 qui a également constaté l'absence d'atteinte à la santé au sens de l'assurance-invalidité. Le Dr F. _____ n'a en effet pas mis en évidence dans ses rapports des éléments qui auraient été

ignorés par le Dr H._____. Le Dr F._____ n'a en outre pas expliqué dans ses rapports les raisons le conduisant à affirmer que sa patiente ne pouvait plus exercer son ancien métier. Le seul élément sur lequel ce médecin s'appuie en faveur d'un rapport de causalité entre les troubles actuels de l'assurée et l'accident est celui fondé sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », qui n'est à lui seul pas suffisant, selon la jurisprudence (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb), pour établir un tel lien de cause à effet. La recourante a du reste été à même de suivre les mesures mises en œuvre par l'assurance-invalidité, et ce n'est pas une problématique somatique qui a été mise en avant par sa conseillère dans le rapport du 7 septembre 2015 de fin de mesure, mais bien plutôt un état de stress lié à des difficultés dans sa vie personnelle (recherche d'un logement, poursuites, permis de séjour, apprentissage à trouver pour son fils), une dispersion dans ses projets professionnels, ainsi qu'un niveau de déstructuration qualifié de décourageant. Quant au Dr R._____, qui travaille au demeurant dans le même cabinet que le Dr F._____, il s'est limité à signer des attestations d'incapacité de travail, sans les motiver. Le Dr U._____ n'a pour sa part pas émis un avis divergent de celui du Dr Y._____ (qui a fait état en 2014 déjà d'un syndrome somatoforme important) en relevant ignorer la véritable raison des douleurs présentées par la recourante. Pour le surplus, l'allégation de fortes douleurs au mollet, non documentées, et le fait que la recourante déclare poursuivre des séances de physiothérapie, ne permet pas non plus d'établir un lien de causalité entre ces douleurs et l'événement du 28 septembre 2013. La recourante ne peut pas plus être suivie lorsqu'elle exige que l'intimée prenne en charge son cas jusqu'à ce que ses médecins traitants soient d'accord de certifier qu'elle est apte à reprendre le travail : il n'est en effet pas question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4 ; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). Or en l'occurrence, ainsi qu'on l'a vu, les causes accidentelles ne jouent plus de rôle, l'autorité intimée n'ayant pas erré en reconnaissant le droit aux prestations d'assurance jusqu'au 13 mars 2015, cette solution étant au demeurant très favorable à l'assurée. b) Sur le plan psychiatrique, la recourante a fait valoir que l'accident avait fait naître chez elle une grande angoisse et une possible dépression. Toutefois, quand bien même les troubles allégués au plan psychiatrique devaient être établis – ce qui n'est pas le cas en l'absence de tout élément médical faisant état d'une atteinte à ce niveau –, il n'en demeure pas moins que d'éventuels troubles de ce registre affectant l'assurée n'engageraient de toute façon pas la responsabilité de la CNA dans la mesure où l'événement accidentel assuré, qu'il convient de qualifier d'accident banal, n'était pas propre à entraîner des troubles de nature psychique. On relèvera que de façon surprenante, la recourante a d'abord fait état d'une chute survenue dans le cadre de son activité de nettoyeuse, ainsi que cela ressort de la déclaration d'accident déposée par l'employeur. Elle a toutefois déclaré au Dr U._____ qu'alors qu'elle était monitrice de sport, elle avait, lors d'un sprint, ressenti une violente douleur du mollet droit (cf. rapport de ce médecin du 5 avril 2016). Quoi qu'il en soit, tant la chute évoquée en premier lieu, que la douleur ressentie lors du sprint – pouvant possiblement être qualifiée de lésion assimilée au sens de l'art. 9 al. 2 let. d OLAA (ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202 ; dans sa teneur antérieure au 1 er janvier 2017, applicable en l'espèce, ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2) – doivent être considérées

comme des événements accidentels insignifiants, conduisant ainsi à nier d'emblée l'existence du lien de causalité adéquate.

E. 6

La recourante a pris des conclusions subsidiaires tendant à la mise en œuvre de mesures de reclassement par l'intimée, estimant ne plus être en mesure de travailler en qualité de coiffeuse, respectivement de monitrice de sport, et devant pouvoir alterner les positions assise et debout. Or en cas d'accident relevant de la LAA, la réadaptation professionnelle incombe à l'assurance-invalidité (ATF 139 V 514 consid. 2.3 ; TF 8C_624/2014 du 19 décembre 2014 consid. 4.2). La conclusion de la recourante relative à la mise en œuvre de mesures de reclassement, pour autant que recevable, doit dès lors également être rejetée.

E. 7

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. N'obtenant pas gain de cause, et étant demeurée non assistée, la recourante n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

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