

VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 948 vom 5. November 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-11-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2018__948

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 948 du 5 novembre 2018

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2018 / 948 del 5 novembre 2018

Regeste

AA, CAUSALITÉ ADÉQUATE, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE À LA SANTÉ PHYSIQUE, ATTEINTE À LA SANTÉ PSYCHIQUE, APPRÉCIATION DES PREUVES, FORCE PROBANTE | 6 al. 1 LAA, 61 let. c LPGA

Erwägungen

E. 5

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé algo(neuro)dystrophie, reflex sympathetic dystrophy, Morbus (ou maladie de) Südeck ou causalgie, est caractérisé par une douleur régionale, continue, spontanée ou provoquée, qui paraît disproportionnée en intensité ou en durée par rapport à l'évolution attendue du traumatisme ou de la lésion ; cette douleur régionale ne se limite pas à un territoire nerveux périphérique ou à un dermatome spécifique et est généralement associée à des signes cliniques moteurs, sensitifs, sudomoteurs, vasomoteurs et/ou trophiques qui peuvent être inconstants et variables dans le temps (cf. R. N. Harden et al., Complex regional pain syndrome : Practical diagnostic and treatment guidelines, 4 e édition, in : Pain Medicine 2013, vol. 14, p. 182). Des critères de diagnostic insistant sur le caractère disproportionné des troubles par rapport à l'événement déclenchant ainsi que sur l'existence de certains symptômes (œdème, troubles vasculaires et troubles sudomoteurs) ont été adoptés en 1994, puis revus et adaptés ultérieurement (cf. C. Spicher/J.-P. Estebe/E. Létourneau/T.L. Packham/P. Rossier/J.-M. Annoni, Critères diagnostiques du syndrome douloureux régional complexe [SDRC], in : Douleur et Analgésie, 2014, vol. 27/1, p. 62 ss ; R. N. Harden et al., op. cit., p. 180 ss ; W. Jänig/R. Schaumann/W. Vogt, SDRC Syndrome douloureux régional complexe, Suva 2013, p. 17 ss). Ces nouveaux critères, dits de « Budapest », qui font dorénavant foi sont les suivants : 1) Douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement initial ; 2) Le patient décrit au minimum un symptôme dans trois des quatre catégories ci-dessous : - Somatosensorielle : hypersensibilité ; - Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique ; - Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème ; - Motrice/trophique : raideur articulaire, dystonie, tremblement, manque de force, changements de la pilosité ou des ongles ; 3) Au minimum un signe d'examen clinique dans deux de ces catégories : - Somatosensorielle : allodynie, hyperalgésie ; - Vasomotrice : température asymétrique, changement de couleur de peau ou couleur de peau asymétrique ; - Sudomotrice/œdème : sudation asymétrique, œdème ; - Motrice/trophique : diminution de la mobilité articulaire, dystonie, tremor, faiblesse, changements trophiques de la pilosité ou des ongles ; 4) Aucun autre diagnostic ne rend mieux compte des signes et des symptômes. Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent aucune place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse

dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (cf. F. Luthi/M. Konzelmann, Le syndrome douloureux régional complexe [algodystrophie] sous toutes ses formes, in : Revue Médicale Suisse, 29 janvier 2014, p. 271 s. ; S. Sampath et al., Usefulness of asymmetry score on quantitative three-phase bone scintigraphy in the evaluation of complex regional pain syndrome, in : Indian Journal of Nuclear Medicine, 2013, vol. 28, p. 11 ss). Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6).

E. 6

En l'espèce, se fondant sur l'avis du Dr B. _____, la CNA a exclu le diagnostic de CRPS, de même que l'existence de séquelles de l'accident du 4 août 2016. L'intéressé a, pour sa part, contesté cette appréciation et soutenu présenter un CRPS, que confirmaient les examens cliniques effectués par le Dr F. _____ et le Prof. N. _____. a) En l'espèce, le Dr F. _____ a certes posé le diagnostic de CRPS dans son rapport du 11 décembre 2017. Il ne ressort cependant nullement de ce document que les symptômes fondant ce diagnostic, soit les phénomènes de sensation de chaud, de chaud et de froid ainsi que de transpiration au pied droit ont été constatés personnellement par le Dr F. _____ à la faveur d'un examen clinique. Il en va de même des symptômes décrits par les Drs V. _____ et X. _____ dans leur rapport du 21 septembre 2017, ces médecins se référant aux photographies présentées par le recourant, respectivement à ses propos. Au demeurant, ceux-ci n'ont finalement pas retenu le diagnostic de CRPS. Quant au Prof. N. _____, il a posé le diagnostic de CRPS en se fondant à la fois sur l'examen clinique et sur les photographies présentées par l'assuré. En effet, cliniquement, il n'a constaté qu'une légère sudation du pied droit et, sur les photographies, un œdème et une modification de la coloration du pied. Or, les critères de Budapest exigent, sous chiffre 3, au minimum un signe d'examen clinique dans deux des quatre catégories décrites ci-dessus et le Prof. N. _____ n'en mentionne qu'un seul, à savoir la légère sudation du pied droit. De surcroît, selon les critères de Budapest, la sudation doit être asymétrique et en l'espèce, le rapport du Prof. N. _____ ne fait pas mention d'une quelconque comparaison de la sudation avec le pied gauche. En outre, un sudoscan du 21 août 2017 a démontré que la conductance au chlore était dans la norme (cf. rapport des Drs V. _____ et X. _____ du 21 septembre 2017). Enfin, ensuite de sa consultation du 24 novembre 2017, le Dr K. _____ n'a mentionné qu'un des signes cliniques répondant aux critères de Budapest, à savoir une allodynie. Par ailleurs, celle-ci affectait les deux membres inférieurs et le Dr K. _____ n'a pas fait mention du diagnostic litigieux. Le diagnostic de CRPS ne paraît donc pas pouvoir être retenu sur la base des examens cliniques précités faute de signes quantitativement suffisants pour satisfaire aux critères dits de Budapest. b) Cela étant, il n'est pas nécessaire d'examiner le grief du recourant s'agissant de l'influence de la publication de la CNA, relative au CRPS, sur l'appréciation du cas par le Dr B. _____, d'autant que la jurisprudence a fixé des critères particuliers pour retenir un lien de causalité entre un événement accidentel et un SRDC.

E. 7

a) Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et une algodystrophie, le Tribunal fédéral a considéré que trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir : a) la preuve

d'une lésion physique après un accident ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (par ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines (cf. TF 8C_807/2014 du 22 décembre 2015 consid. 5.3, 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.2 et 8C_384/2009 du 5 janvier 2010 consid. 4.2.1). b) En l'occurrence, aucun des médecins ayant examiné cliniquement le recourant dans les six à huit semaines suivant l'accident n'a décrit de symptômes caractéristiques de l'algodystrophie. Ces symptômes ne sont rapportés que bien plus tard par l'assuré et c'est à plus d'une année de l'accident que le diagnostic de SDRC a été évoqué pour la première fois. Il sera observé que le Prof. N. _____ a lui-même mentionné dans son rapport du 2 mai 2017, consécutif à une consultation du 28 avril 2017, que la cheville droite de son patient était en ordre. Dans la mesure où l'un des critères cumulatifs posés par la jurisprudence, soit celui de la courte latence entre l'accident et l'algodystrophie, n'est pas réalisé, le lien de causalité entre l'accident et cette pathologie peut d'emblée être nié. Il ne s'impose dès lors pas de discuter plus avant de la controverse s'agissant du diagnostic de SDRC, ni de donner suite à la requête d'expertise du recourant, ni de procéder à son audition (appréciation anticipée des preuves ; cf. ATF 122 II 464 consid. 4a ; cf. TF 8C_764/2009 du 12 octobre 2009 consid. 3.2 et 9C_440/2008 du 5 août 2008).

E. 8

Pour le surplus, il ressort de l'appréciation du Dr B. _____ que la cheville droite de l'assuré ne présente pas de séquelles de l'accident du 4 août 2016, ce que confirment tant l'imagerie (cf. IRM du 2 mars 2017) que les examens neurologiques avec ENMG du 8 mars 2017 et du 21 août 2017. Les différents rapports médicaux au dossier ne permettent pas de retenir que les troubles subsistants au-delà du 26 novembre 2017 seraient en lien de causalité avec l'accident du 4 août 2016. Pour le reste, les appréciations du Dr B. _____ des 13 novembre 2017 et 29 décembre 2017 ont été établies en pleine connaissance de l'anamnèse et reposent notamment sur un examen clinique de l'intéressé, dont les plaintes ont été analysées. La description du contexte médical est claire, de même que l'opinion du Dr B. _____, qui est dûment motivée. Ces rapports remplissent donc les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître une valeur probante. Il y a ainsi lieu de se rallier aux conclusions du Dr B. _____ constatant que la cheville droite du recourant ne présente plus de séquelles des suites de l'accident concerné.

E. 9

Le Dr B. _____, comme les Drs V. _____ et X. _____, ont émis l'hypothèse d'un trouble fonctionnel. a) En cas d'atteinte à la santé psychique, les règles applicables en matière de causalité adéquate sont différentes selon qu'il s'agit d'un événement accidentel ayant entraîné une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique (cf. ATF 115 V 133 consid. 6 et 115 V 403 consid. 5) ou d'un traumatisme psychique consécutif à un choc émotionnel (cf. ATF 129 V 177 consid. 4.2) – les principes développés pour les traumatismes de type « coup du lapin » (cf. ATF 134 V 109) n'étant pas pertinents en l'espèce. Dans l'hypothèse d'un trouble fonctionnel, soit d'une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, le caractère adéquat du lien de causalité ne peut être admis que si l'accident revêt une importance déterminante dans le déclenchement de l'affection psychique. C'est ainsi que la jurisprudence a tout d'abord classé les accidents

en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour évaluer le degré de gravité de l'accident, il convient en effet non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (cf. ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa). Ainsi, lorsque l'événement accidentel est insignifiant, l'existence du lien en question peut d'emblée être niée, tandis qu'il y a lieu de le considérer comme établi lorsque l'assuré est victime d'un accident grave (ATF 129 V 402 consid. 4.4.1). b) En présence d'une simple torsion de la cheville, sans chute, l'accident est indubitablement de peu de gravité de telle sorte que le lien de causalité adéquate entre l'accident litigieux et un trouble fonctionnel peut être nié.

E. 10

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (cf. art. 61 let. g LPGA ; cf. ATF 127 V 205).

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