

VD_GERICHTE ZA08.013008 vom 23. Juni 2009

VD Tribunal cantonal, 2009-06-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA08.013008

FR: VD_GERICHTE ZA08.013008 du 23 juin 2009

IT: VD_GERICHTE ZA08.013008 del 23 giugno 2009

Erwägungen

E. 1

a) Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision entreprise, le recours est recevable à la forme (art. 60 al. 1 LPGA, [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1]). b) A teneur de la disposition transitoire de l'art. 117 al. 1 LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), en vigueur dès le 1er janvier 2009, les causes pendantes devant les autorités administratives et de justice administrative à l'entrée en vigueur de ladite loi, sont traitées selon cette dernière. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, qui succède au Tribunal des assurances, est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) Dans le cadre d'un contentieux objectif (sur cette notion, cf. Moor, Droit administratif, volume II, 2ème édition, Berne 2002, pp. 530 ss),

- 15 - l'objet du litige est doublement circonscrit, à savoir par la décision attaquée, d'une part, et par les griefs formulés par le recourant contre celle-ci, d'autre part. En effet, le juge ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter de griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, conformément au principe dit du grief ("Rügeprinzip"), le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception est faite à cette règle lorsque les points non critiqués par le recourant ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413; ATF 110 V 48, RCC 1985 p. 53). b) En l'espèce, est litigieuse la question de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin aux prestations de l'assureur accident (traitement médical et indemnités journalières) en considérant que les traitements médicaux et l'éventuelle incapacité de travail de la recourante au-delà de la date du 17 décembre 2007 n'étaient pas en lien avec l'accident subi par la recourante le 19 avril 2005 et relevaient de l'assurance-maladie.

E. 3

a) Est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). b) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, 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 que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en

- 16 - question sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait que l'administration ou, 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 l'assurance sociale (ATF 129 V 177 consid. 3.1 p. 181, 402 consid. 4.3 p. 406). 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 U_61/91 du 18 décembre 1991 consid. 4b [RAMA 1992 no U 142 p. 75]; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 80 p. 865). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se 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, pp. 340 ss; TF U_215/97 du 23 février 1999 consid. 3b [RAMA 1999 no U 341 p. 408 sv.]). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré. c) En matière de lésions du rachis cervical par accident de type «coup du lapin», de traumatisme analogue ou de traumatisme cranio-cérébral sans preuve d'un déficit fonctionnel organique, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Encore faut-il que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 119 V 335

- 17 - précité consid. 1 pp. 337 ss; 117 V 359 consid. 4b pp. 360 ss). La jurisprudence a posé récemment diverses exigences sur les mesures d'instruction nécessaires de ce point de vue. Elle a considéré, en particulier, qu'une expertise pluridisciplinaire est indiquée si l'état de santé de l'assuré ne présente ou ne laisse pas espérer d'amélioration notable relativement rapidement après l'accident, c'est-à-dire dans un délai d'environ six mois (ATF 134 V 109 consid. 9 pp. 121 ss). Le droit à des prestations d'assurance suppose également, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité adéquate. En cas d'atteinte à la santé physique, ce rapport de causalité adéquate est généralement admis sans autre examen, dès lors que le rapport de causalité naturelle est établi (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb p. 103). En revanche, la jurisprudence a posé plusieurs critères en vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et des troubles d'ordre psychique développés ensuite par la victime. Elle a tout d'abord classé les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient 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. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques; - la durée anormalement longue du traitement médical; - les douleurs physiques persistantes;

- 18 - - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa p. 140, 403 consid. 5c/aa p. 409). En cas d'atteintes à la santé sans preuve de déficit organique consécutives à un traumatisme de type «coup du lapin» à la colonne cervicale, un traumatisme analogue ou un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence apprécie le caractère adéquat du rapport de causalité en appliquant, par analogie, les mêmes critères que ceux dégagés à propos des troubles d'ordre psychique. L'examen de ces critères est toutefois effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques ou psychiques : les critères relatifs à la gravité ou à la nature particulière des lésions subies, aux douleurs persistantes ou à l'incapacité de travail sont déterminants, de manière générale, sans référence aux seules lésions ou douleurs physiques (ATF 117 V 359 consid. 6a pp. 366 ss; voir également ATF 123 V 98 consid. 2a p. 99; TF U_249/01 du 30 juillet 2002 [RAMA 2002 n. U 470 p. 531]). Par ailleurs, toujours en relation avec l'appréciation du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident de type «coup du lapin» et des atteintes à la santé sans preuve de déficit organique, le Tribunal fédéral a précisé que le critère faisant référence au traitement médical était rempli en cas de traitement prolongé spécifique et pénible, que les douleurs prises en considération devaient revêtir une certaine intensité et que l'incapacité de travail devait être importante, en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10 p. 126).

- 19 -

E. 4

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, 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 qu'en soit la 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 se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; TF, 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et

l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351, consid. 3a, p. 352; 122 V 157, consid. 1c, p. 160 et les références). L'appréciation de la situation médicale d'un assuré ne se résume pas à trancher, sur la base de critères formels, la question de savoir quel est parmi les rapports médicaux versés au dossier celui qui remplit au mieux les critères jurisprudentiels en matière de valeur probante. Si la provenance et la qualité formelle sont des facteurs permettant de pondérer la portée de différents rapports médicaux, seul leur contenu matériel permet de porter en définitive un jugement valable sur le droit litigieux. Un rapport médical ne saurait ainsi être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur. De même, le simple fait qu'un certificat médical est

- 20 - établi à la demande d'une partie et produit pendant la procédure ne justifie pas, en soi, des doutes quant à sa valeur probante; une expertise présentée par une partie peut ainsi également valoir comme moyen de preuve. Pour qu'un avis médical puisse être écarté, il est nécessaire qu'il existe des circonstances particulières qui permettent de justifier objectivement les doutes émis quant à l'impartialité ou au bien-fondé de l'évaluation (cf. ATF 125 V 351, consid. 3b, p. 352). De même, selon une jurisprudence constante, les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; ainsi, il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un experts qu'à celles d'un médecin traitant (ATF 125 V 351 précité, consid. 3b/cc et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc). Il convient cependant de relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 43 LPG), l'administration est tenue d'ordonner une instruction complémentaire lorsque les allégations des parties et les éléments ressortant du dossier requièrent une telle mesure. En particulier, elle doit mettre en oeuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 283 consid. 4a; RAMA 1985 K 646 p. 240 consid. 4). Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu

- 21 - de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; Kölz/Häner, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, p. 47, n° 63; Gygi, *Bundesverwaltungsrechts- pflege*, 2ème éd., p. 274; Kummer, *Grundriss des Zivilprozessrechts*, 4ème éd., p. 135; Scartazzini, *Les rapports de causalité dans le droit suisse de la sécurité sociale*, thèse Genève 1991, p. 63; cf. aussi ATF 122 III 219 spéc. pp. 223- 224; ATF 120 Ib 224 cons. 2b; ATF 119 II 114 cons. 4c; ATF 119 V 335 cons. 3c).

a) La recourante fait valoir qu'il a été clairement établi par le corps médical, qu'avant l'accident du 19 avril 2005, elle jouissait d'une excellente santé, ne souffrant d'aucun trouble, que ce soit au niveau des genoux, des cervicales ou du psychisme. Ce n'est qu'à la suite de l'accident du 19 avril 2005 qu'elle a commencé à souffrir en permanence de gonalgies, de cervicalgies irradiant dans les bras ainsi que d'une fatigue importante. La persistance de ces troubles est, selon elle, en lien direct, naturel et adéquat avec l'accident. Elle en veut pour preuve les rapports médicaux des spécialistes qu'elle a consultés, notamment ceux des Drs F. _____ et M. _____ et reproche à l'intimée de s'être fondée sur la seule expertise interdisciplinaire de la Clinique T. _____ pour mettre fin à ses prestations. Elle soutient que cette expertise est contradictoire, ne discute en rien les nombreux avis médicaux à sa disposition, se contentant d'en indiquer le contenu sans jamais les mettre en parallèle avec ses propres constatations, ce qui lui enlève toute valeur probante. La recourante requiert, le cas échéant, la mise en œuvre d'une nouvelle expertise.

b) En l'espèce, dans leur rapport d'expertise interdisciplinaire du 27 novembre 2007, les Drs V. _____, psychiatre, K. _____, neurologue, S. _____, chirurgien orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et L. _____, psychologue et neuro-psychologue, ont exposé pourquoi, selon eux, les troubles à la santé dont la recourante souffre ne sont dus à l'accident du 19 avril 2005 que de façon possible. Ils ont ainsi relevé qu'aucun élément ne permettait d'expliquer la fatigabilité, la plainte de la recourante étant essentiellement subjective et n'étant

- 22 - corroborée ni par l'examen clinique pratiqué, ni par le mode de vie de l'assurée. En ce qui concerne les cervicalgies, le statu quo ante a été atteint, au plus tard, le 19 avril 2006, les cervicalgies résiduelles n'étant elles aussi en relation de causalité naturelle avec l'accident que d'une façon possible. Enfin, pour ce qui est des genoux, ils indiquent qu'en l'absence de véritables syndromes « du tableau de bord » et sans examen préexistant à l'accident du 19 avril 2005, la transformation hyaline méniscale n'est elle aussi due que de façon possible à l'accident du 19 avril 2005. Les experts précisent qu'au moment de l'expertise, les plaintes subjectives de fatigue n'ont pas pu être objectivées par les examens neurologique et psychiatrique. Il s'agit donc d'une plainte essentiellement subjective, qui n'est corroborée ni par l'examen clinique ni par le mode de vie réelle de la recourante, qui continue à faire du sport, à exercer son activité professionnelle et à voyager (voyage en Australie pour voir des amis). Au niveau cervical, les plaintes subjectives n'ont pas non plus pu être objectivées. Dans ces conditions, on ne peut pas parler de vraisemblance prépondérante entre ces symptômes et l'accident, d'autant plus qu'aucun trouble psychiatrique n'a été retenu et qu'un syndrome douloureux chronique cervico-céphalique post-traumatique n'a pas été démontré. En ce qui concerne les cervicalgies post-traumatiques, si, dans un premier temps, elles sont apparues comme clairement secondaires au traumatisme, le statu quo ante aurait toutefois dû être atteint au plus tard 12 mois après l'accident. Cela étant, en l'absence d'antécédent ou de pathologie préexistante au niveau cervical, on ne peut pas parler de statu quo sine. Certes, en ce qui concerne les cervicalgies et la fatigue notamment, l'intimée a eu tort de nier, dès le départ, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et ces atteintes. En effet, le lien de causalité naturelle doit en principe être reconnu en présence d'un tableau clinique typique (TTC) présentant de multiples plaintes comme en l'espèce (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, fatigabilité, modification du caractère, etc.). L'existence d'un tel

- 23 - traumatisme et de ses suites a été attestée en l'espèce par des renseignements médicaux fiables. On se trouve donc bien en présence d'un traumatisme cranio-cervical par décélération et d'une chronicisation des douleurs. Cela étant, il faut laisser ouvert le point de savoir si la recourante présentait encore, le 19 avril 2006, des symptômes dus à un traumatisme cervical de type «coup du lapin», ou s'il s'agissait désormais d'atteintes à la santé sans rapport avec ce traumatisme. En effet, même si l'on tenait pour établie l'existence d'atteintes à la santé en relation de causalité naturelle avec le traumatisme cervical survenu le 19 avril 2005, il conviendrait de nier, dès le 19 avril 2006 au plus tard, l'existence d'un rapport de causalité adéquate entre ces atteintes et l'événement assuré. c) Il n'est pas contesté que, lors de l'accident, la recourante se tenait au volant de sa voiture, était attachée et que son appui-tête était réglé. L'accident s'est produit à faible vitesse. La partie avant gauche de l'automobile a subi d'importants dégâts, mais il a été possible d'extraire la recourante du véhicule sans avoir à la désincarcérer. Par ailleurs, l'airbag conducteur s'est déclenché. Aucune circonstance particulière n'est à relever dans ce contexte de sorte que l'accident est de gravité moyenne, à la limite d'un accident de faible gravité (pour comparaison, voir les arrêts : TF 8C_124/2008 du 17 octobre 2008 consid. 9, 8C_655/2008 du 9 octobre 2008 consid. 3.1, 8C_9/2008 du 17 septembre 2008 consid. 6.1.2, 8C_33/2008 du 20 août 2008 consid. 7.2). Les circonstances de l'accident ne sauraient par conséquent être qualifiées de dramatiques ou particulièrement impressionnantes. En outre, les lésions subies par la recourante ne sont pas particulièrement graves et il n'apparaît pas à la lecture du dossier qu'elle aurait été victime d'erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident. Le traitement médical n'a pas été particulièrement pénible et a consisté pour l'essentiel en une médication antalgique, en séances de physiothérapie, d'ostéopathie et en un soutien psychothérapeutique. En ce qui concerne la durée de l'incapacité de travail de la recourante consécutive à l'accident, elle est peu importante, puisque la reprise de travail a eu lieu le 25 avril 2005. Les cervicalgies persistantes constituent en outre une atteinte annexe, compte tenu des nombreuses activités effectuées par la

- 24 - recourante. Il s'ensuit qu'on ne saurait admettre un rapport de causalité adéquate entre les symptômes dont souffre la recourante et l'accident du 19 avril 2005. En ce qui concerne les gonalgies, la description des éléments physiques de l'accident ne permet pas de rejeter de façon complète la notion constatée après l'accident de transformation hyaline des deux ménisques. Toutefois, en l'absence de véritable syndrome du tableau de bord, les troubles retenus sont dus à l'accident de façon seulement possible. Contrairement à ce que soutient la recourante, le rapport d'expertise effectuée par la Clinique T._____ ne contient pas de contradictions en ce concerne l'état antérieur de ses genoux. Les experts ont relevé les dires de l'assurée, selon lesquels les genoux étaient asymptomatiques avant l'accident, comme l'avaient fait auparavant les autres spécialistes consultés et ils ont exposé qu'il n'était pas possible de préciser l'état antérieur des genoux en l'absence d'examens préexistants à l'accident. A cet égard, les experts n'ont pas retenu, comme le prétend la recourante, que ses genoux n'auraient pas heurté le tableau de bord, mais que les atteintes de l'assurée ne constituaient pas des lésions type que l'on peut rencontrer en cas de syndrome du tableau de bord - qui sont généralement plus importantes -, de sorte que la transformation hyaline méniscale n'était due que de façon possible à l'événement du 19 avril 2005. On note également que l'assurée peut travailler à un taux d'activité librement choisi et que les douleurs dont elle se plaint lui permettent, quoique de façon limitée, de faire du sport (équitation, vélo, marche, ski). Au surplus, on relèvera que l'expertise de la Clinique

T. _____ est fondée sur le résultat d'examens sérieux et de pièces médicales et arguments convaincants. Par conséquent, la relation de causalité naturelle entre les plaintes de l'assurée relatives à ses genoux et l'accident du 19 avril 2005 n'est pas établie au degré de vraisemblance requis. Le lien de causalité étant nié, l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations, étant relevé que, pour le même motif, aucune indemnité pour atteinte à l'intégrité n'est due.

- 25 -

E. 6

En conclusion, mal fondé, le recours doit être rejeté et la décision attaquée confirmée, sans qu'il y ait lieu de procéder aux mesures d'instruction complémentaire requises par la recourante. . La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. La recourante n'obtenant pas gain de cause, elle n'a pas droit à des dépens.

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