

VD_GERICHTE ZA08.020616 vom 9. Februar 2010

VD Tribunal cantonal, 2010-02-09, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA08.020616

FR: VD_GERICHTE ZA08.020616 du 9 février 2010

IT: VD_GERICHTE ZA08.020616 del 9 febbraio 2010

Erwägungen

E. 1

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

- 9 - droit des assurances sociales, RS 830.1]) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

E. 2

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si les troubles subis par la recourante sont en lien de causalité avec l'événement du 22 mars 2001 au-delà du 17 mai 2001.

E. 3

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), 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. 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) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance sur l'assurance- accidents, RS 832.202), qui prévoit que pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire : a. les fractures ; b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les élongations de muscles ; f. les déchirures de tendons ; g. les lésions de ligaments ; h. les lésions du tympan.

- 10 - La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident, en prévoyant qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA et 9 al. 1 OLAA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et présentant une certaine importance –,

fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 ; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.1). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles telles qu'énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.), à moins que le geste en question n'ait sollicité le corps, en particulier les membres, de manière plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents, à l'instar de la pratique de nombreux sports (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes

- 11 - extérieurs ; cf. ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_194/2009 du 11 août 2009, consid. 4 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006, consid. 2.2). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA). 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 la même maladie 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 et les références). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères, sous réserve des cas de lésions structurelles claires (TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008, consid. 2 ; RAMA 1997 n° U 275 p. 191, consid. 1c ; TFA U 249/05 du 20 février 2006, consid. 1). Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 296 consid. 2c et les références citées ; RAMA 1994 n° U 206 p. 327, consid. 2). La condition du lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'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. En effet, il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique

- 12 - 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 ou, le cas échéant, le juge examine en se fondant essentiellement sur les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas 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, 402 consid. 4.3 ; TF 8C_164/2009 du 18 mars 2010, consid. 4.2). 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 la survenance de l'accident (statu quo sine) (TF 8C_164/2009 du 18 mars 2010, consid. 4.3 et les références citées). 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 »). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009, consid. 2.2 et les références citées). d) En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b). A cet égard, l'élément décisif pour apprécier la valeur probante d'une pièce médicale n'est en principe ni son origine, ni sa

- 13 - désignation sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu. Il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, 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 de l'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 dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; TF 9C_603/2009 du 2 février 2010, consid. 3.1 et les références citées).

E. 4

a) En l'espèce, l'intimée soutient que l'événement du 22 mars 2001 a été pris en charge à tort dans la mesure où il s'agissait d'une fracture de fatigue. Elle prétend toutefois qu'à l'époque, l'exigence du risque de lésion accrue posée par la jurisprudence récente n'était pas encore en vigueur au moment de la décision de prise en charge. Or, contrairement à ce que défend la caisse, c'est à juste titre que l'assurance-accidents a pris en charge l'événement initial sur la base de l'art. 9 al. 2 OLAA. En effet, le potentiel accru de la dangerosité et de la soudaineté de l'atteinte était réalisé dans le cas particulier par la mauvaise réception du saut qu'avait effectué la recourante lors de la représentation de danse du mois de mars 2001. En outre, l'existence d'une fracture de fatigue n'était qu'une supposition, seul le diagnostic de fracture du deuxième métatarsien du pied droit ayant été posé. L'exigence d'un facteur dommageable extérieur était ainsi donnée. La recourante a par ailleurs ressenti une brusque et intense douleur dans le pied droit et a dû immédiatement interrompre sa prestation. Le

fait que la première consultation en urgence n'ait pas révélé immédiatement la fracture n'est pas autrement surprenant, puisque seule une radiographie standard a été effectuée, qui ne permet pas nécessairement de mettre en évidence une telle lésion. Par surabondance, il sied de noter qu'un changement de jurisprudence ne justifie en principe pas une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c) et que la décision initiale de la caisse n'était pas erronée, de sorte que la prise en charge d'éventuelles rechutes est tout à fait admissible, comme il sera exposé ci-dessous.

- 14 - b) S'agissant de l'annonce de rechute du 17 octobre 2007, celle-ci ne constitue pas un nouvel élément ouvrant l'examen du droit aux prestations, comme le soutient l'intimée, mais bien une suite de l'événement du 22 mars 2001. L'intimée estime que l'allégation de rechute mise en avant par la recourante, soit de l'existence d'un lien de causalité entre l'événement de mars 2001 et l'annonce du sinistre de juin 2007, n'est pas avérée dans le cas d'espèce. Elle soutient que l'annonce d'octobre 2007 concernait une fracture microscopique du métatarse du côté droit en relation avec l'événement du printemps 2001 et que l'affection annoncée le 28 mars 2001 était définitivement guérie depuis le 17 mai 2001, date correspondant à la survenance du statu quo sine. Elle rappelle en outre que la recourante a ensuite pu pratiquer la danse professionnelle sans interruption jusqu'en juin 2007, sans consultation ou traitement particulier. Aussi, l'annonce de sinistre du 17 octobre 2007 devrait selon elle être considérée comme un nouvel événement ouvrant l'examen du droit aux prestations de l'assurance-accidents et non comme une rechute de l'événement du 22 mars 2001, malgré la référence faite par la recourante à l'événement de 2001 dans sa déclaration de sinistre d'octobre 2007. Ce raisonnement est erroné. En effet, l'assertion de l'intimée selon laquelle le statu quo sine serait intervenu au mois de mai 2001 n'est pas déterminante dans le cas de rechutes ou de séquelles tardives, contrairement à la question du lien de causalité entre les nouvelles plaintes de la recourante et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré. En effet, les rechutes et les séquelles tardives sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, pouvait être considérée comme guérie (cf. supra, consid. 3c). Il convient donc d'examiner le lien de causalité entre les nouvelles plaintes émises par l'assurée et l'événement de mars 2001. c) Selon l'avis du Dr V. _____, la fracture lente de 2001 aurait dû guérir, dans la mesure où les contraintes sur les pieds des danseurs

- 15 - professionnels, jamais interrompues dans le cas particulier, n'auraient pas permis à la recourante de travailler normalement avec une fracture toujours présente. Il suppose donc que l'effort professionnel sur les pieds a à nouveau provoqué une fracture lente à un moment donné, ce qui correspond à un nouvel élément, soit une fracture de fatigue, dont la prise en charge n'incombe pas à l'assurance-accidents. Le Dr V. _____ précise encore que des douleurs continues aux pieds sont courantes chez les danseurs professionnels et ne constituent pas une preuve de continuité avec une fracture préexistante. Toutefois, cette argumentation n'est pas convaincante et fait fi des nombreuses constatations médicales figurant au dossier. En effet, on ne peut pas prétendre, sur la base d'un CT-Scan, que la douleur est progressive de sorte qu'il s'agit d'une fracture de fatigue, alors que le CT-Scan révèle tout au plus une fracture du deuxième métatarsien du pied droit, non déplacé, sub-aiguë ou sub-chronique, mais ne rend pas compte d'une douleur. Le fait d'accepter ou non la notion d'accident n'est pas décisif pour constater l'existence d'un lien de causalité s'agissant d'une rechute et non d'un accident initial. Par ailleurs, il est inexact d'affirmer que la recourante aurait dansé « normalement » pendant toutes ces années, celle-ci n'ayant en

réalité jamais été asymptomatique et s'étant vue prescrire des anti-douleurs par son père médecin depuis le mois de mai 2001. Enfin, le Dr C. _____, qui a examiné l'intéressée à plusieurs reprises, se dit persuadé que l'événement brutal de mars 2001 est à l'origine de l'affection dont souffre aujourd'hui sa patiente. En 2001, le diagnostic de fracture à la base du deuxième métatarsien a été posé et, en 2007, celui de fracture du deuxième métatarsien du pied droit, non déplacé, sub-aiguë ou sub-chronique. Le Dr C. _____ a exposé, dans son rapport du 30 juin 2008, que les séquelles de la fracture de mars 2001 se présentaient sous la forme d'une pseudarthrose et que ce type de pathologie pouvait très bien évoluer de manière irrégulière, être beaucoup moins symptomatique, tout en étant accompagnée d'une fibrose importante et se réveillant à chaque fois que des efforts plus importants étaient accomplis. Selon le Dr V. _____, le fait qu'il n'y ait pas eu de consultation pendant cinq ans et que l'assurée ait

- 16 - poursuivi la danse confirmerait que la fracture lente de 2001 aurait dû guérir. Il explique les douleurs qu'aurait ressenties la recourante pendant cette période par le fait que les danseurs professionnels ont presque toujours mal au pied pour diverses raisons et que ce symptôme n'est pas une preuve de continuité avec une fracture préexistante. Cette hypothèse paraît toutefois moins vraisemblable que celle émise par le Dr C. _____. En effet, il est plus probable que l'unique facteur à l'origine des douleurs présentées par l'assurée soit précisément cette fracture préexistante, qui présente plusieurs micro-fragments osseux faisant penser à une pseudoarthrose. D'autre part, la version de la recourante selon laquelle elle devait continuer à danser, certes en essayant de se ménager et avec la prise régulière d'anti-inflammatoires prodigués par son père médecin, à défaut de quoi elle serait renvoyée, paraît tout à fait vraisemblable. Comme le relève le Dr V. _____, les danseurs professionnels ayant presque toujours mal aux pieds, il est difficilement concevable que la recourante, habituée à la douleur en tant que sportive professionnelle, ne pourrait pas continuer sa passion avec l'aide d'une médication adaptée lors de périodes où la pathologie symptomatique serait moins forte. Au vu de ces éléments, il y a donc lieu de retenir que la fracture de mars 2001, associée à la pratique de la danse, a provoqué l'atteinte à la santé de 2007 et se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. d) De surcroît, le Dr V. _____ admet toutefois, dans son rapport du 3 novembre 2008, que rien ne permet d'affirmer ou d'infirmer que l'inflammation osseuse constatée à l'IRM de 2001 a évolué défavorablement sur une aussi longue période. Il reconnaît dès lors qu'une telle évolution est envisageable, mais moins probable, selon lui, qu'une nouvelle fracture de fatigue. Il qualifie également la lésion constatée en 2007 de chronique, ce qui confirme l'avis et les constatations du Dr C. _____ en ce sens qu'il s'agit d'une évolution lente et continue et non de plusieurs événements accidentels indépendants. Il est par conséquent hautement vraisemblable qu'il s'agit de la même fracture en 2001 et 2007 toujours présente sous forme de pseudarthrose, non

- 17 - consolidée en 2007. Au demeurant, la preuve que la lésion corporelle concernée est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs n'est pas établie.

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours se révèle bien fondé et doit être admis, la décision attaquée étant réformée en ce sens qu'Helsana est tenue de prendre en charge la rechute de juin 2007 et ses suites. La recourante, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire autorisé, a droit à des dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG et 55

al. 1 LPA-VD). En l'espèce, il convient d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. et de les mettre à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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