

VD_GERICHTE ZA12.038534 vom 10. April 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-04-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.038534

FR: VD_GERICHTE ZA12.038534 du 10 avril 2013

IT: VD_GERICHTE ZA12.038534 del 10 aprile 2013

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile et respecte pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. S'agissant de la compétence à raison du lieu, le recourant a agi auprès du tribunal compétent, à savoir celui du canton de domicile de son dernier employeur suisse (art. 58 al. 2 LPGA). b) La LPA-VD, qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD), est applicable dans la présente cause. La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, 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 faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164, 125 V 413

- 9 - consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C_441/2008 du 10 juin 2009, consid. 2.1). b) La question litigieuse est celle de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 30 août 2012, à refuser de reprendre le service de ses prestations d'assurance à la suite de l'annonce par le recourant d'une rechute, le 8 mai 2012.

E. 3

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel, non-professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations suppose, notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, 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. 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'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 de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo

- 10 - ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.1). En droit des assurances sociales, il n'existe pas un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (RAMA 1999 no U 349 p. 478 consid. 2b); le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). b) En vertu de l'art. 36 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 (al. 1). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine ou ante n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TFA U 239/05 du 31 mai 2006, consid. 2.3; U 149/04 du 6 septembre 2004, consid. 2.3).

- 11 - 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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). 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 une rechute lorsque c'est la même maladie qui 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; TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008, consid. 2). A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_576/2007 du 2 juin 2008, consid. 2; 8C_456/2010 du 19 avril 2011, consid. 2.2 et la référence citée). d) En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence

- 12 - de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465; arrêt 8C_456/2010 précité, consid. 3).

E. 4

En l'espèce, il s'agit de déterminer si les troubles et douleurs annoncées par le recourant en mai 2012 sont en lien avec l'accident de février 2008. L'intimée s'est fondée à juste titre sur l'appréciation du Dr S. _____ pour retenir qu'il n'y avait aucun indice concret qui permettait d'admettre que les troubles présentés actuellement par le recourant étaient en relation avec l'accident de février 2008. En effet, la Dresse P. _____, dans son certificat médical du 22 juin 2012 produit par le recourant, se limite à indiquer que le cas du recourant devrait être réouvert, sans en expliquer les raisons. Cette constatation ne permet pas de déduire que les problèmes de santé actuels du recourant sont liés à l'accident de 2008. En outre, la seule affirmation de la Dresse H. _____ selon laquelle le recourant serait inapte au travail ne permet pas non plus d'attribuer ladite inaptitude à l'événement de février 2008 (fiche individuelle d'aptitude du 17 septembre 2012). L'IRM du genou gauche effectuée à la suite de l'accident n'avait d'ailleurs montré aucune lésion et, de l'aveu du recourant lui-même, tout était rentré dans l'ordre après son arrêt de travail en 2008; il n'avait plus été «embêté», ce qui est du reste confirmé par les rapports médicaux de la Dresse P. _____ des 10 juin et 24 juillet 2008. Cette praticienne notait ainsi dans ces documents que les douleurs du recourant avaient disparu au repos, lors de l'exécution des actes de la vie quotidienne, ainsi qu'à l'extérieur en général, et qu'il disposait d'une bonne mobilisation lors des mouvements. Le recourant avait d'ailleurs repris son activité d'aide-maçon dès juin 2008, sans interruption jusqu'à fin 2011. Certes, le recourant fait valoir qu'il souffre désormais, alors qu'il n'avait jamais souffert avant l'accident de février 2008. Or dans la mesure où il invoque une rechute ou des séquelles tardives en mai 2012, il

- 13 - n'a en définitive pas d'autre argument que le raisonnement «post hoc, ergo propter hoc» qui ne permet pas en soi de justifier l'existence d'un lien de causalité naturelle (cf. consid. 3a supra). Dès lors, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident du 20

février 2008 et les troubles annoncés le 8 mai 2012 doit être niée, de sorte que le recourant n'a pas droit à la reprise par la CNA du service de ses prestations d'assurance. Le refus de prestations n'est donc pas contraire au droit fédéral et le recours doit dès lors être rejeté et la décision attaquée confirmée.

E. 5

La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Vu l'issue du litige, le recourant, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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