

VD_GERICHTE ZA13.023157 vom 3. Juni 2014

VD Tribunal cantonal, 2014-06-03, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.023157

FR: VD_GERICHTE ZA13.023157 du 3 juin 2014

IT: VD_GERICHTE ZA13.023157 del 3 giugno 2014

Erwägungen

E. 24

février 2010 consid. 2.1). c) L'on rappellera préalablement que l'intimée a rendu sa décision sur opposition du 10 mai 2012 après avoir nié tout lien de causalité entre l'accident du 19 juillet 2009 et la symptomatologie alléguée dès 2010 par l'assurée, se fondant sur la jurisprudence rendue en lien avec l'art. 6 al. 1 LAA et les rapports des spécialistes consultés par la recourante. aa) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, 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,

- 14 - portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGGA). bb) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 et 119 V 335 consid. 1). 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références ; TF 8C_433/2008 du 11 mars 2009 consid. 3.1). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (TF 8C_513/2007 du 22 avril 2008 consid. 3.1 et les références). cc) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du

- 15 - genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 précité consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). d) Dans le domaine médical, le juge doit examiner de manière objective tous les moyens de preuves,

quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, 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 également en considération les plaintes de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). e) En l'occurrence, force est de constater que la Vaudoise s'est fondée sur un dossier complet pour considérer l'absence de lien de causalité entre l'accident du 19 juillet 2009 et la pathologie présentée dès 2010 par la recourante et rendre sa décision sur opposition du 10 mai 2012.

- 16 - L'on mettra en exergue notamment les rapports étayés de la Dresse D. _____, laquelle a procédé à des investigations minutieuses avant de conclure que le cas ressortait de l'assurance-maladie. Les rapports de cette praticienne remplissent en tous points les réquisits jurisprudentiels pour se voir accorder pleine valeur probante. Ces documents, dont les conclusions sont parfaitement convaincantes, relatent de manière circonstanciée les plaintes de l'assurée et les examens entrepris, non sans faire état des observations cliniques objectives. Par ailleurs, la Dresse D. _____ n'a pas manqué de faire compléter ses propres constats par une arthro-IRM réalisée au sein du Centre hospitalier R. _____, laquelle fait état d'un poignet droit sans anomalie. L'on ne peut dès lors qu'en conclure que les investigations nécessaires à l'évaluation de la situation ont été conduites à satisfaction et les résultats dûment pris en compte par l'intimée. On ne saurait faire grief à la Vaudoise d'avoir considéré l'appréciation du Dr L. _____ comme un simple diagnostic différentiel, ce spécialiste n'ayant pas procédé à des examens plus fouillés ou différents de ceux sollicités par la Dresse D. _____, tout en se trouvant en présence d'une situation stable et inchangée. L'on ne voit pas au demeurant en quoi l'appréciation du médecin traitant de l'assurée serait susceptible de constituer un fait nouveau ou un nouveau moyen de preuve au sens de la jurisprudence fédérale citée supra (cf. consid. 3.2), puisque ladite appréciation ne permet pas de considérer que les bases de la décision sur opposition du 10 mai 2012 seraient entâchées de défauts objectifs. En définitive, c'est à bon droit que l'intimée a rejeté la demande de réexamen formulée par l'assurée sur la base de l'art. 53 al. 1

- 17 - LPGA, cette dernière étant invitée à s'adresser à sa caisse-maladie pour la prise en charge des frais de traitement et d'examen litigieux. 4. En l'espèce, l'intimée n'a examiné la nouvelle requête de prise en charge des frais, formulée par l'assurée à compter du 9 janvier 2013, que sous l'angle de la révision procédurale au sens entendu par l'art. 53 al. 1 LPGA. L'on pourrait s'interroger sur l'opportunité d'étudier ladite requête du point de vue des art. 53 al. 2 LPGA et 17 LPGA. a) Aux termes de l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles

sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. Selon un principe général du droit des assurances sociales, l'administration peut reconsidérer une décision formellement entrée en force sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée quant au fond, aux conditions énoncées par l'art. 53 al. 2 LPGA précité. La jurisprudence précise qu'une décision, passée en force de chose décidée, est sans nul doute erronée lorsqu'il n'existe aucun doute raisonnable sur le fait que la décision était erronée, la seule conclusion possible étant que tel est le cas (ATF 125 V 393 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 98/04 du 12 août 2004). Cela étant, ni l'assuré ni le juge ne peuvent contraindre l'administration à une reconsidération au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA, la décision portant sur un refus d'entrer en matière sur une demande de reconsidération ne pouvant pas faire l'objet d'un contrôle en justice (ATF 133 V 50 consid. 4.1 et les références, 119 V 475 consid. 1b/cc et 117 V 8 consid. 2a ; TF 9C_517/2011 du 12 septembre 2011). Par ailleurs, au vu des rapports de la Dresse D._____, il apparaît que la décision initiale confirmée le 10 mai 2012 n'était pas

- 18 - manifestement erronée. Dès lors, un examen du point de vue de l'art. 53 al. 2 LPGA ne s'imposait pas à l'intimée. b) En vertu de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée (al. 1). De même, toute prestation durable accordée en vertu d'une décision entrée en force est, d'office ou sur demande, augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée si les circonstances dont dépendaient son octroi changent notablement (al. 2). Cette disposition s'applique ainsi aux prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. L'art. 64 LPA-VD dispose au demeurant qu'une partie peut demander à l'autorité de réexaminer sa décision (al. 1). L'autorité entre en matière sur la demande si l'état de fait à la base de la décision s'est modifié dans une mesure notable depuis lors (al. 2 let. a). Tout changement important des circonstances propre à influencer le droit aux prestations peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. Une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle en revanche pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la prestation et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (cf. ATF 133 V 108 consid. 5 ; TF 9C_89/2013 du 12 août 2013 consid. 4.1).

- 19 - En l'occurrence, il ressort tant des pièces versées au dossier de l'intimée que des propres allégations de la recourante que les douleurs présentées par cette dernière n'ont guère évolué depuis la première décision confirmée par l'intimée le 10 mai 2012. En outre, il n'est fait état par aucun des médecins consultés par l'assurée entre 2011 et 2013 d'une modification substantielle de la symptomatologie observée à son poignet droit. Partant, l'on retiendra que la situation envisagée par l'art. 17 al. 2 LPGA n'est pas réalisée in casu et que l'application – éventuellement par analogie – de cette disposition ne saurait entrer en ligne de compte. C'est ainsi à bon droit que la Vaudoise n'a pas pris en considération cette possibilité à l'issue de sa décision du 8 mars 2013, respectivement de sa décision sur opposition du 2 mai 2013. 5. Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. a) Dans la procédure de recours contre une décision d'un assureur social, conformément aux art. 56 ss

LPGA, le droit de se faire assister par un conseil doit être garanti et lorsque les circonstances le justifient, l'assistance judiciaire gratuite est accordée au recourant (art. 61 let. f LPGA), L'assistance judiciaire est octroyée, sur requête, à toute partie à la procédure dont les ressources ne suffisent pas à subvenir aux frais de procédure sans la priver du nécessaire, elle et sa famille, et dont les prétentions ou les moyens de défense ne sont pas manifestement mal fondés (cf. art. 18 al. 1 LPA-VD). En l'occurrence, bien que la recourante ait sollicité le bénéfice de l'assistance judiciaire complétant le formulaire à cette fin, elle n'a pas

- 20 - donné suite à la demande du juge instructeur du 18 avril 2013, réitérée le 4 juillet 2013, quant à la production des justificatifs des revenus et charges de son concubin. Cela étant, au vu des pièces versées en l'état du dossier, il apparaît que la recourante faillit à démontrer la réalisation de la condition d'indigence, ses propres revenus s'avérant a priori légèrement supérieurs à ses charges. Partant, il y a lieu de rejeter sa demande d'assistance judiciaire. Par ailleurs, aux termes de son courrier du 4 juillet 2013, le juge instructeur avait rendu la recourante attentive au fait que sa requête d'assistance judiciaire serait rejetée, si elle ne présentait pas les justificatifs supplémentaires demandés. Par la suite, la recourante s'est contentée de répliquer personnellement sans se prononcer plus avant sur la question de l'assistance judiciaire. b) La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA).

- 21 -

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