

VD_GERICHTE ZA16.008727 vom 12. Juli 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-07-12, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.008727

FR: VD_GERICHTE ZA16.008727 du 12 juillet 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.008727 del 12 luglio 2017

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 sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 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 (art. 56 al. 1 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36), qui s'applique notamment aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). La valeur litigieuse n'étant toutefois pas susceptible de dépasser 30'000 fr., eu égard au fait que lors de la décision querellée, les frais de traitement litigieux consistaient depuis février 2015 pour l'essentiel en quelques consultations et quatorze séances de physiothérapie, la présente cause doit être tranchée par un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'assureur intimé était tenu au service de ses prestations LAA pour le cas de rechute annoncé le 20 février 2015, en lien avec les frais des traitements entrepris depuis lors par la recourante.

E. 3

a) En vertu de l'art. 4 LPGA, 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. Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont

- 10 - allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 10 al. 1 LAA, l'assuré a droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident, à savoir: au traitement ambulatoire dispensé par le médecin, le dentiste ou, sur leur prescription, par le personnel paramédical ainsi que, par la suite, par le chiropraticien (let. a); aux médicaments et analyses ordonnés par le médecin ou le dentiste (let. b); au traitement, à la nourriture et au logement en salle commune dans un

hôpital (let. c); aux cures complémentaires et aux cures de bain prescrites par le médecin (let. d); aux moyens et appareils servant à la guérison (let. e). b) 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 et 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 ; TF [Tribunal fédéral] 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.1). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'évènement 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 127 V 102 consid. 5b/bb, 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

- 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 sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; 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 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 et les références citées; TF 8C_533/2013 du 28 avril 2014 consid. 3.2 et 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. 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 293 consid. 2c et la référence citée; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2; TF 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2). Il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité entre l'état pathologique qui se manifeste à nouveau et l'accident. 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 (TF 8C_596/2007 du 4 février 2008 consid. 3). d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les

- 12 - allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer ses 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 (statu quo sine) par suite d'un développement ordinaire (TF 8C_551/2012 du 26 juin 2013 consid. 2, 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2, 8C_805/2007 du 20 août 2008 consid. 2 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"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 et 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). 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.

E. 4

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt qu'une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants 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, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences

- 13 - médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a; cf. TF 9C_104/2014 du 30 mai 2014 consid. 4.1, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 5.2 et 9C_22/2011 du 16 mai 2011 consid. 5). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee, et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Les avis émanant de médecins consultés par l'assuré doivent en revanche être admis 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait toutefois 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).

E. 5

a) En l'espèce, il sied de constater que la recourante a annoncé une rechute le 20 février 2015 signalant être en traitement depuis pour des douleurs apparues à son poignet droit (en raison notamment d'une ténosynovite et une tendinopathie modérées d'un tendon du premier rayon droit correspondant au court extenseur du pouce) lesquelles, selon la recourante, sont liées à l'accident non professionnel du 12 août 2013. Se fondant sur l'avis

de ses médecins traitants, elle allègue que ces pathologies bien localisées s'inscrivent dans une continuité des plaintes depuis plus de deux ans et demi suite à un traumatisme adéquat, de sorte qu'il ne s'agit pas d'une nouvelle lésion comme le prétend le Dr H._____.

- 14 - Comme le rappelle à juste titre A._____, son médecin-conseil a exposé de manière détaillée et convaincante les motifs pour lesquels l'avis du 3 septembre 2015 du Dr K._____ n'était pas étayé par des constatations mais constitue uniquement un avis distinct d'un même état de fait non déterminant pour l'issue du litige (cf. avis du 28 décembre 2015 du Dr H._____). Le Dr K._____ indique en effet que l'IRM du 15 août 2013 met en évidence des lésions dégénératives du côté cubital du poignet droit mais parfaitement asymptomatiques lors de chaque consultation étant précisé que les douleurs ont toujours été radiales (et non cubitales). Il ajoute plus loin que les pathologies décrites par le radiologue à l'imagerie du 15 août 2013 (en particulier la légère ténosynovite du long extenseur du carpe) ne correspondent pas nécessairement aux séquelles de l'atteinte traumatique mais que celles-ci sont localisées où l'assurée s'est toujours plaint de son poignet. Contrairement au raisonnement du Dr K._____, le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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. supra consid. 3d). Ce praticien mentionne en outre une tendinite de l'abducteur du pouce, lésion qui ne se retrouve pas dans le rapport d'imagerie de la mi-août 2013. Le Dr K._____ ne fournit par ailleurs aucune explication en lien avec l'évolution de cette ténosynovite entraînant l'apparition de nouvelles douleurs du poignet à presque deux ans de l'accident initial, affection dont il est surprenant qu'elle n'ait pas nécessité de traitement particulier durant toute l'année 2014. L'accident de 2013 avait été clos par la prise en charge d'un traitement conservateur (port d'une attelle immobilisant le pouce droit), l'assurée pouvant à nouveau mobiliser son poignet et son pouce sans attelle lors de la dernière consultation du 25 novembre 2013 chez le Dr K._____. Le Dr T._____ (rapport du 18 février 2016) ne peut être suivi lorsqu'il se dit surpris que l'intimée ait traité les troubles annoncés le 20 février 2015 comme une rechute de l'événement assuré au sens de l'art. 11 OLAA. Ce chirurgien de la main, consulté uniquement depuis le 2 juin 2015, se méprend dans la mesure où il ressort clairement de l'avis du 3

- 15 - septembre 2015 de son confrère le Dr K._____, une absence de consultations de la recourante pendant quinze mois entre le 25 novembre 2013 et la suivante le 20 février 2015 avec reprise des traitements. Le physiothérapeute W._____ atteste également une interruption des séances effectuées entre le 4 novembre 2013 et le 3 septembre 2015 (cf. rapport du 11 mars 2016 de W._____). Au terme de son premier examen clinique et du bilan radiologique du 3 juillet 2015 demandé au Professeur G._____, le Dr T._____ a confirmé le diagnostic de rhizarthrose précoce douloureuse chez l'assurée. Cet examen IRM a également mis en évidence une subluxation de l'articulation trapézo-métacarpienne. S'il suspecte une origine post-traumatique, le Dr T._____ concède toutefois ne pas avoir été en mesure de l'établir. Il expose avoir uniquement reproduit la symptomatologie douloureuse dont se plaignait sa patiente depuis des mois, voire des années, au niveau de son trapèze (soit une rhizarthrose douloureuse sur une subluxation de l'articulation trapézo-métacarpienne). Dans son nouveau rapport, le Dr T._____ s'est limité à reproduire les douleurs de sa patiente sans faire lui-même état de constatations objectives aptes à étayer un rapport de causalité entre le traumatisme de 2015 et l'accident du 12 août 2013. Pour terminer, le rapport adressé le 11 mars 2016 par le physiothérapeute W._____ ne

s'avère également d'aucun secours à la recourante. Dans la mesure où elles émanent du praticien traitant, ses constatations doivent déjà être admises avec réserves (cf. supra consid. 3d in fine). Ne comportant de plus aucune motivation susceptible d'en étayer les conclusions, le courrier du physiothérapeute ne satisfait pas aux exigences posées par la jurisprudence en matière de valeur probante des rapports médicaux (cf. supra consid. 4). b) Compte tenu de ce qui précède, un rapport de cause à effet entre l'accident du 12 août 2013 et la lésion (ré)annoncée près de deux ans plus tard ne peut pas être qualifié de vraisemblable, de telle sorte que c'est à juste titre que A._____ a nié le droit du recourant à des prestations fondées sur la rechute du 20 février 2015. Il ne saurait en outre lui être reproché de n'avoir pas procédé d'office aux investigations

- 16 - suffisantes avant de rendre sa décision. Suite à la déclaration de rechute de l'intéressée, l'intimée a interpellé le Dr H._____, lequel s'est exprimé sur le cas soumis le 25 juin 2015. Elle a ensuite à nouveau sollicité l'avis de ce praticien, spécialiste en chirurgie orthopédique, qui a retenu avec soin et de manière convaincante sur la base de l'ensemble des renseignements médicaux en sa possession, qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre la nouvelle lésion de l'assurée (à savoir une ténosynovite et une tendinopathie modérées du court extenseur du pouce droit mises en évidence à l'échographie du 12 mars 2015) et l'accident du 12 août 2013 (cf. rapport du 28 décembre 2015 du Dr H._____). En définitive, les constatations et conclusions du Dr H._____ – intégralement suivies, partagées puis reprises par A._____ dans sa décision – comprennent une anamnèse, font état des plaintes de la recourante, sont exemptes de contradictions et relèvent d'une étude approfondie du cas de celle-ci. Ses conclusions, bien motivées, ne sont pas mises en doute, même faiblement, par d'autres rapports médicaux. Elles ont ainsi pleine valeur probante (cf. supra consid. 4). Cela étant, l'intimée a mis en œuvre les mesures nécessaires afin que les faits essentiels pour l'examen du droit aux prétentions de la recourante soient établis. En tout état de cause, la mise en œuvre d'une expertise médicale n'apparaît pas nécessaire dans la présente affaire. En effet, une telle mesure d'instruction ne serait pas de nature à modifier les considérations qui précèdent (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), puisque les faits pertinents ont pu être constatés à satisfaction de droit. c) Il s'ensuit que le recours, mal fondé, doit être rejeté, et la décision attaquée confirmée.

E. 6

La procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Au vu de l'issue du litige, la recourante, qui succombe, n'a pas droit à des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA notamment).

- 17 - Par ces motifs, le juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 28 janvier 2016 par A._____ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du

- 18 - L'arrêt qui précède est notifié à : - Protekta Assurance de protection juridique SA (pour R._____), - A._____, - Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP), par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral

(Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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