

VD_GERICHTE ZA17.022429 vom 22. Februar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-02-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.022429

FR: VD_GERICHTE ZA17.022429 du 22 février 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.022429 del 22 febbraio 2018

Erwägungen

E. 3

semaines. » L'assurée a séjourné à la Clinique X. _____ (ci-après : X. _____) du 18 au 20 juillet 2016. A cette occasion, elle a été examinée par plusieurs médecins et professionnels de la santé, lesquels ont établi les documents médicaux suivants : un rapport du 20 juillet 2016 ensuite d'une évaluation psychiatrique du même jour, un rapport consécutif à une évaluation des capacités fonctionnelles effectuée le 20 juillet 2016 et un rapport du 21 juillet 2016 faisant suite à un examen neurologique du 18 juillet 2016. En outre, au terme de ce séjour et par rapport d'évaluation interdisciplinaire du 21 juillet 2016, les Drs Q. _____ et F. _____, spécialiste en neurologie, respectivement spécialiste en médecine interne générale et en rhumatologie à la X. _____, ont notamment relevé ce qui suit : « [...]

- 5 - DIAGNOSTICS PRIMAIRES - Entorse interne du genou droit et contusion de l'épaule gauche le

E. 5

février 2016 CO-MORBIDITES - Dysthymie F34.1 - Scoliose lombaire [...]

DOCUMENTS D'IMAGERIE IRM et radiographies standards du genou droit du 20 juillet 2016 : aucune anomalie décelée, en particulier pas de lésion traumatique. APPRECIATION ET DISCUSSION T. _____ est une jeune femme de [...] ans, en excellente santé habituelle. Elle a pour seul antécédent des lombalgies qu'on a mises en lien avec une scoliose structurale. D'origine [...], mariée en [...], elle émigre en Suisse la même année et accouche de son premier enfant deux ans plus tard. Elle s'investit alors dans l'entreprise de rénovation de bâtiments qu'elle a fondée avec son mari, s'occupant à titre personnel de la décoration et de la peinture. Le 5 février 2016, alors qu'elle est sur une échelle, elle glisse et subit une entorse de son genou droit entre deux échelons. Elle se réceptionne sur l'épaule gauche. A ce dernier niveau, la situation s'améliore rapidement et, actuellement, la patiente ne formule pratiquement aucune plainte. Au niveau du genou droit en revanche, la douleur est si vive qu'elle impose l'utilisation de cannes anglaises durant les deux premiers mois. L'évolution est marquée par une amélioration progressive, insuffisante cependant comme l'atteste la cotation de la douleur à l'EVA [échelle visuelle analogique] (60 mm). Cette douleur est de topographie peu claire ; elle semble migrer du cul-de-sac supéro- externe à la face interne du genou et irradie parfois jusqu'au gros orteil. Elle est de recrudescence mécanique nette, disparaissant la nuit, se manifestant dès la mise en charge. Il n'y a pas de lâchage ni d'épanchement. Au cours de l'examen physique la patiente se soumet sans rechigner aux teste à effectuer sur ordre. Elle collabore correctement, sauf à préciser des manifestations douloureuses un peu exagérées à l'examen de l'épaule gauche et du genou droit (rictus, expressions verbales). Il n'y a pas de limitations fonctionnelles du genou mais on retient une instabilité latérale interne avec un battement très modeste. Pour le reste,

l'examen de l'appareil locomoteur ne révèle rien de particulier en-dehors de la scoliose connue. Sur le plan neurologique, on retient une légère hypoesthésie tacto-algique à la face médiale du gros orteil droit avec une force conservée. Cette constatation ouvre l'hypothèse

- 6 - d'une irritation du ramus inter-digitalis dorsal et plantaire du 1er orteil (névrome de Joplin). Le bilan d'imagerie pratiqué au cours de la présente évaluation (radiographies standards et IRM du genou droit) est parfaitement rassurant, ne révélant aucune lésion. A ce stade, on retient une entorse interne du genou droit et une contusion de l'épaule gauche. Mme T. _____ collabore moins bien à l'évaluation des capacités fonctionnelles qu'elle ne l'a fait au cours de l'approche médicale. Le score de 89 atteint au PACT [performance assessment & capability testing] donne à penser qu'elle ne peut s'employer qu'à des activités exigeant un niveau d'effort inférieur à sédentaire ou essentiellement assis. Au vu des résultats obtenus au cours des tests proprement dits et des activités qu'elle déploie dans la vie courante (autonomie pour toutes les tâches, y compris ménagères), on doit admettre qu'elle sous-estime considérablement ses aptitudes fonctionnelles. Elle est en effet capable de manutentionner des charges de 7,5 kg. Et encore s'auto-limite-t-elle systématiquement, à savoir qu'elle met fin à la tâche avant que l'évaluateur n'ait pu observer les signes physiques d'un effort maximal sans danger. La volonté de donner le maximum aux différents tests est incertaine et le niveau de cohérence est faible. L'ECF [évaluation des capacités fonctionnelles] ne reflète finalement que l'effort auquel Mme T. _____ a bien voulu consentir et non pas le niveau réel de ses performances. L'évaluation psychiatrique nous met face à une patiente peu épanouie. Mme T. _____ décrit un mariage difficile, troublé par une infidélité du mari et l'accumulation de dettes (pour un montant de Fr. 50'000.-). C'est dans ce contexte défavorable qu'elle met au monde sa fille, naissance suivie d'un "baby blues", voire d'une dépression plus importante dans la période du post-partum. Cette "dépressivité", plus ou moins latente, n'a toutefois pas été reconnue ou traitée. Depuis lors, la patiente décrit une humeur triste, avec une anhédonie, une image dévalorisée d'elle-même, des troubles du sommeil et une fatigabilité. Pour des raisons probablement culturelles, elle n'accepte pas "l'étiquette" de dépression, contre laquelle elle lutte. Sur une échelle psychométrique de dépression, les symptômes sont modestes, compatibles avec un état dysthymique plutôt qu'un état dépressif constitué. Le pronostic, si l'on se base sur les seules données médicales, est excellent. Il n'existe objectivement qu'un petit battement interne du genou droit, sans aucune séquelle dans l'articulation proprement dite. Ce qui ternit le pronostic d'une reprise professionnelle, c'est le cumul de facteurs psychosociaux défavorables : difficultés à établir des repères identitaires avec, en corollaire, peine à s'investir dans un projet de vie en Suisse ou dans un éventuel retour en [...], difficultés financières et conjugales, cotation de la douleur démesurée en regard des données objectives, auto-limitation systématique, comportement douloureux... Dans ce contexte, il ne serait pas inutile de proposer, si les symptômes dysthymiques persistaient, un suivi psychologique ou

- 7 - éventuellement psychiatrique, sans qu'une médication psychotrope ne soit indispensable, au vu des faibles scores sur une échelle psychométrique. Pour le genou, on peut se contenter d'un renforcement musculaire à visée stabilisatrice. Aucun autre traitement ne s'impose. A 6 mois du traumatisme, rien sur le plan médical ne s'oppose à un retour sur la place de travail. » Le 8 août 2016, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé qu'une capacité de 100 % pouvait être reconnue sur le plan somatique

dès six mois à dater de l'accident, soit dès le 6 août 2016, si l'on se fondait sur les conclusions ressortant de l'évaluation approfondie effectuée à la X._____. Par courrier du 9 août 2016, la CNA a indiqué à l'assurée que sa capacité de travail avait été fixée à 100 %, et ce à compter du 15 août 2016, et que son indemnité journalière serait versée en conséquence. Dans un rapport du 20 juillet 2016 faisant suite à une IRM et des radiographies du genou droit, le Dr L._____, spécialiste en radiologie, a retenu que le genou droit de l'assurée était dans les limites de la norme et qu'il n'y avait pas de lésion de nature traumatique. Par décision du 14 octobre 2016, la CNA a informé l'assurée qu'elle allait mettre fin à ses prestations pour soin dès le 1er octobre 2016. En effet, il ressortait des pièces au dossier médical qu'aucun lien de causalité certain, ou du moins probable, ne pouvait être établi entre l'événement dommageable du 5 février 2016 et les troubles actuels à l'épaule droite et au genou gauche de l'intéressée. Elle a en outre confirmé son courrier du 9 août 2016 dans lequel la capacité de travail de l'assurée avait été attestée à 100 % dès le 15 août 2016, les indemnités journalières ayant été versées en conséquence. Le 11 novembre 2016, la CNA a reçu les documents suivants : - un rapport du 30 août 2016 consécutif à une consultation du 26 août 2016, par lequel le Dr M._____, spécialiste en

- 8 - chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a évoqué un point douloureux méniscal interne segment moyen et corne postérieure ainsi que des douleurs en fin de flexion au niveau du comportement interne. Il a diagnostiqué une possible désinsertion ménisco-ligamentaire interne du genou droit et a sollicité une arthro-IRM du genou droit afin de rechercher la lésion susmentionnée. - un rapport du 4 octobre 2016 faisant suite à une consultation du 30 septembre 2016, par lequel le Dr M._____ a décrit à nouveau un point douloureux méniscal interne segment moyen et corne postérieure ainsi que des douleurs en fin de flexion au niveau du comportement interne. Il a posé le diagnostic d'entorse du ligament latéral interne du genou droit et a par ailleurs attesté une incapacité de travail de 100 % du 1er au 16 octobre 2016, puis de 50 % du 17 au 28 octobre 2016. - un rapport du 25 octobre 2016 consécutif à une consultation du 7 octobre 2016, par lequel le Dr M._____ a indiqué que l'assurée allait mieux, qu'elle ne boitait plus et qu'il n'y avait pas de douleur méniscale interne et externe, évoquant toujours un point douloureux méniscal interne segment moyen et corne postérieure. Il a réitéré son diagnostic d'entorse du ligament latéral interne du genou droit et a attesté la « poursuite » de l'arrêt de travail à 50 %. En date du 14 novembre 2016, l'assurée a formé opposition à l'encontre de la décision du 14 octobre 2016, sollicitant le versement d'indemnités journalières « depuis le 15 août au 15 octobre à 100% et des le 15 octobre à 50 % (sic) ». En substance, elle a fait valoir que ses douleurs étaient toujours présentes, même si leur intensité était moins forte. En outre, plusieurs médecins spécialistes, soit les Dr P._____ et

- 9 - M._____, avaient attesté une capacité de travail de 50 % dès le 15 octobre 2016 et non de 100 % dès le 15 août 2016 comme retenu dans la décision contestée. Par rapport médical du 27 septembre 2016 consécutif à une arthro-IRM du genou droit du 26 septembre 2016 et reçu par la CNA le 20 décembre 2016, le Dr G._____, spécialiste en radiologie, a constaté que la membrane synoviale n'était pas épaissie et qu'il n'y avait pas de kyste poplité. Il a conclu à l'absence d'anomalie notable, notamment à l'absence de désinsertion capsulo-méniscale ou ménisco-ligamentaire interne. Par appréciation médicale du 6 avril 2017, la Dresse Z._____, médecin praticien et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a apprécié la situation de l'assurée comme suit : « [...] Subjectivement, l'assurée se plaint toujours de douleurs, d'un gonflement du genou après un effort ou après une marche

prolongée, de difficultés à plier le genou et de ne pas pouvoir reprendre une activité à plus de 50 %. Objectivement, les radiographies effectuées le jour du traumatisme n'ont pas mis en évidence de lésion structurelle. L'assurée a été vue et évaluée par le Dr H. _____ qui a proposé qu'une IRM du genou soit effectuée et que l'assurée soit évaluée à la X. _____ auprès Dr F. _____. L'IRM effectuée le 20.07.2016, comme les radiographies à nouveau refaites le même jour, n'ont mis en évidence aucune lésion structurelle. Lors de l'évaluation effectuée du 18.07.2016 au 20.07.2016, il a été retenu que l'assurée présentait une entorse interne du genou D et une contusion de l'épaule G, cette dernière ayant évolué favorablement. En ce qui concerne le genou D, et en l'absence de séquelles de cette entorse du ligament latéral interne notamment avec persistance d'un petit battement interne du genou D et une absence de séquelles à l'intérieur du genou, il a été préconisé qu'à

E. 6

mois du traumatisme, l'assurée pouvait reprendre son activité habituelle à 100 %. L'assurée conteste cette reprise, tout comme ses médecins traitants qui ont attesté uniquement une reprise à 50 % depuis le 17.10.2016. L'assurée a été présentée au Dr M. _____, orthopédiste, qui a suspecté une lésion capsulo-méniscale ou ménisco-ligamentaire, et

- 10 - ce malgré les avis précédents et l'IRM du mois de juillet, a proposé une arthro-IRM. Celle-ci a été effectuée le 26.09.2016 et n'a pas mis en évidence d'anomalie au sein de l'articulation du genou D et notamment une absence de désinsertion capsulo-méniscale ou ménisco-ligamentaire interne. Les médecins traitants tout comme l'assurée s'opposent à la décision du 14.10.2016, l'assurée mentionnant la persistance de douleurs et, quant aux médecins traitants, le Dr P. _____ ne s'est pas prononcé quant au Dr M. _____, celui-ci n'a pas justifié les raisons pour lesquelles il maintenait une incapacité de travail de 50 %. Il a tout au plus retenu une entorse du ligament latéral interne connue avec la présence de douleurs persistantes mais aucune atteinte structurelle pouvant justifier le tel maintien d'une incapacité de travail. Au vu de ce qui précède, nous ne pouvons que confirmer que cette assurée a présenté, suite à une chute le 05.02.2016, une entorse bénigne du ligament latéral interne du genou D, d'évolution favorable, et une contusion de l'épaule G très rapidement régressive. En l'absence de lésion structurelle intra-articulaire au niveau du genou D, le maintien d'une incapacité de travail même partielle ne se justifie pas. Par ailleurs, lors de l'évaluation interdisciplinaire effectuée en juillet 2016 à la X. _____ par les Drs F. _____ et Q. _____ avec consultation psychiatrique du Dr [...], il a été mis en évidence des facteurs extra-médicaux qui expliquaient un pronostic défavorable de reprise d'activité. A noter également la présence d'une dysthymie retenue par le psychiatre, qui n'est pas en lien de causalité avec l'événement du 05.02.2016. Par conséquent, nous pouvons donc retenir que les plaintes actuelles de l'assurée ne sont plus à mettre en lien de causalité avec l'événement du 05.02.2016, mais sont totalement liées à des facteurs non médicaux. Ainsi, l'assurée aurait pu reprendre une pleine capacité de travail sur le plan somatique dès 6 mois à dater de l'événement du 05.02.2016, soit au plus tard dès le 06.08.2016. » Par décision sur opposition du 21 avril 2017, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée. En substance, elle a considéré que les certificats d'incapacité de travail établis par les Drs P. _____ et M. _____ ne résistaient pas aux rapports des médecins de la X. _____ et de la Dresse Z. _____, lesquels avaient expliqué d'une manière claire et convaincante pour quelle raison l'assurée ne présentait pas de troubles organiques voire des troubles organiques justifiant une incapacité de travail au-delà du 6 août 2016. Elle a en particulier souligné que le diagnostic retenu par le Dr M. _____ n'avait pas été confirmé

par l'arthro-IRM du 26 septembre 2016, laquelle avait confirmé l'absence d'anomalie notable.

- 11 - C. Par acte du 22 mai 2017, T._____ recourt auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition susmentionnée, sollicitant que l'intimée « [l']aide à [se] soigner et retrouver l'entier de [son] état médical ». En substance, elle fait valoir que ses douleurs sont réelles et toujours présentes, ce que confirment plusieurs spécialistes, sa situation personnelle n'ayant rien à voir là-dedans. Elle ajoute que le traitement de ses troubles sera long et estime être victime d'une décision abusive et injuste. Elle indique en outre se tenir à disposition pour effectuer des tests et analyses auprès d'un expert médecin ou tout autre service afin de prouver son état de santé. Par réponse du 19 juin 2017, l'intimée conclut au rejet du recours et à la confirmation de la décision litigieuse, observant que la recourante ne fait valoir aucun élément nouveau. Par réplique du 17 août 2017, la recourante sollicite l'annulation de la décision litigieuse qui a prononcé « la fin de droit au 15 août 2015 et que le droit soie repousser à juin 2017 ». Si un refus devait être prononcé, elle sollicite qu'une contre-expertise soit effectuée sur les plans physique comme psychiatrique afin de faire valoir ses droits. En substance, se référant au rapport du 21 juillet 2016 des Drs Q._____ et F._____, elle indique être surprise et choquée qu'on l'a faite passer pour une femme dépressive, non épanouie ou encore qui a une image dévalorisée d'elle-même. Tel n'est pas le cas. Ses ennuis personnels ne sont en outre aucunement la cause de ses douleurs. Par ailleurs, elle comprend du rapport précité que les Drs Q._____ et F._____ ont estimé que la « douleur du genou coté (sic) gauche » n'est pas un réel handicap dans sa vie de tous les jours compte tenu du fait qu'elle est droitrière. Or, elle conteste cette appréciation. Elle ajoute que les spécialistes qui la suivent sont d'avis que ses douleurs persistent, car il y a un problème interne à la suite de l'accident du 5 février 2016. A l'appui de sa réplique, elle produit un lot de pièces déjà présentes au dossier de l'intimée, à l'exception des documents suivants :

- 12 - - un rapport ensuite d'une échographie de l'épaule droite du 5 janvier 2016, par lequel le Dr W._____, spécialiste en radiologie, a conclu à une tendinopathie du supra-épineux associée à une bursite et a indiqué que, si le traitement médical n'était pas efficace, une infiltration sous échographie pouvait être utile ; - un rapport consécutif à une IRM du genou droit du 7 mars 2016, par lequel le Dr LC._____, spécialiste en radiologie, a conclu à l'absence de lésion ménisco-ligamentaire et d'autre lésion décelable. Par écritures du 18 août 2017, Me François Gillard, désormais conseil de la recourante, indique partir de l'idée que les conclusions de l'intéressée sont en l'état suffisamment claires. Cela étant et en substance, il précise que sa cliente conclut, sous suite de frais et dépens, à l'admission de son recours, à l'annulation de la décision litigieuse et à l'octroi en sa faveur d'indemnités pertes de gains à 100 % jusqu'au 17 octobre 2016, puis encore à 50 % jusqu'au 1er juin 2017. En outre et à titre complémentaire à la motivation adressée par l'intéressée à l'appui de son recours, Me Gillard requiert formellement la mise en œuvre d'une expertise médicale destinée à lever les contradictions très importantes qui existent encore actuellement entre, d'une part, les constatations médicales du médecin de l'intimée et, d'autre part, celles du Dr M._____. Par duplique du 11 septembre 2017, l'intimée conclut au rejet de la requête tendant à la mise en œuvre d'une expertise médicale. En effet, les différents examens réalisés n'ont pas permis d'objectiver de lésion structurelle intra-articulaire au niveau du genou droit, ce que des examens complémentaires ne feraient que confirmer. Par conséquent, en présence d'une entorse bénigne du ligament latéral

interne du genou droit, d'évolution favorable, et d'une contusion de l'épaule gauche très rapidement régressive, c'est à juste titre que son médecin d'arrondissement a estimé que la recourante était en mesure de

- 13 - reprendre le travail à plein temps dès six mois à dater de l'événement du 5 février 2016. Dans ces conditions, l'intimée confirme ses conclusions en rejet du recours et en confirmation de la décision litigieuse. E n d r o i t : 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'applique 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) devant le tribunal des assurances compétent, à savoir 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). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise 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). c) En l'espèce, le recours, interjeté en temps utile devant le tribunal compétent, respecte les autres conditions de forme prévues par la loi (notamment art. 61 let. b LPGA et 79 LPA-VD), de sorte qu'il est recevable. Il y a donc lieu d'entrer en matière. 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

- 14 - 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 134 V 418 consid. 5.2.1 ; 131 V 164 consid. 2.1 ; 125 V 413 consid. 2c). b) En l'occurrence, le litige porte sur le droit de la recourante au versement d'indemnités journalières au-delà du 15 août 2016 et aux prestations pour soin au-delà du 1er octobre 2016. 3. a) 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 réputée 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). L'assuré a droit, notamment, au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA) et à une indemnité journalière s'il est totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident (art. 16 al. 1 LAA). b) Le droit aux prestations suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette condition est réalisée 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 apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte. Savoir si l'événement

assuré et l'atteinte en 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 à la lumière de la règle du degré de

- 15 - vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1 et réf. cit.). 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 [Tribunal fédéral] 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et réf. cit.). Ainsi, 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 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel 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 (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). 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 (non-application du raisonnement « post hoc, ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, la non-applicabilité de l'adage « post hoc, ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne

- 16 - peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer leur propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6). c) En second lieu, le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique 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 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 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et réf. cit. ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.2). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle et qu'il n'y a pas lieu d'examiner séparément ces deux liens de causalité (ATF 138 V 248 consid. 4 ; 127 V 102 consid. 5b/bb ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 ; 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). d) D'après l'art. 36 al. 1 LAA (concours de diverses causes de dommages), 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. Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du

- 17 - lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du

E. 7

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA ; art. 55 al. 1 LPA-VD, applicable par renvoi des art. 91 et 99 LPA-VD).

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