

VD_GERICHTE ZA18.006734 vom 6. August 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-08-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.006734

FR: VD_GERICHTE ZA18.006734 du 6 août 2019

IT: VD_GERICHTE ZA18.006734 del 6 agosto 2019

Volltext

TRIBUNAL CANTONAL AA 35/18 - 95/2019 ZA18.006734 CO UR DE S
ASSURANCES SOCIALES _____

Arrêt du 6 août 2019 _____ Composition : M. MÉTRAL, président Mme Dessaux, juge, et Mme Pelletier, assesseure Greffière : Mme Neyroud ***** Cause pendante entre : Y. _____, à [...], recourante, représentée par Me Jean-Louis Duc, avocat à Château-d'Oex, et CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS, à Lucerne, intimée, représentée par Me Antoine Schöni, avocat à Bienne. _____ Art. 4 LPGa ; art. 6 al. 1 LAA. 402

- 2 - E n f a i t : A. Y. _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], travaillait à temps plein pour le compte de la société [...] SA. A ce titre, elle était assurée contre les accidents par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents (ci-après : la CNA ou l'intimée). Le 28 octobre 2004, elle a été victime d'un accident. L'arthroscopie pratiquée le 31 octobre 2005 a montré une gonarthrose fémoro-tibiale et fémoro-patellaire avancée. Le 15 février 2007, une prothèse totale a été mise en place. L'assurée a progressivement repris son travail, une pleine capacité de travail lui ayant été reconnue dès le 1er août 2007. Le 21 août 2007, l'assurée a été victime d'un accident de la circulation qui a entraîné une fracture du tibia-péroné droit avec luxation de la cheville et enfoncement du pilon tibial, une plaie à la jambe droite, des contusions thoraciques, du genou gauche et de la hanche droite, ainsi que des dermabrasions. Le 24 août 2007, l'assurée a bénéficié d'une réduction et d'une ostéosynthèse. Le matériel d'ostéosynthèse a été retiré le 15 janvier 2009. La CNA a pris en charge les suites de ces deux accidents (traitement médical et indemnités journalières). Le 23 avril 2009, l'assurée a subi une intervention au niveau de la colonne lombaire, prise en charge par la caisse maladie. Dans son rapport d'examen final daté du 16 décembre 2009, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin d'arrondissement de la CNA, a rappelé les diagnostics cités supra, en particulier la fracture du tibia-péroné droit avec luxation de la cheville et l'enfoncement du pilon tibial, puis a fait état de comorbidités, notamment au niveau vertébral. Il a en outre estimé que

- 3 - la situation de l'assurée était stabilisée et ouvrait le droit à une IPAI (indemnité pour atteinte à l'intégrité) concernant le genou droit. S'agissant de la cheville droite, il ne retenait en revanche aucun droit à une indemnisation. Dans l'intervalle, l'assurée a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité. Par décision du 16 novembre 2010, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Vaud lui a alloué une rente limitée dans le temps du 1er octobre 2005 au 31 mars 2010. Le 23 novembre 2010, l'assurée s'est soumise à une opération de changement de la prothèse du genou droit. Dans un rapport du 15 avril 2013, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin d'arrondissement de la CNA, a proposé de retenir un taux d'atteinte à

l'intégrité de 40,5 % en raison des diverses atteintes au genou droit et à la cheville droite de l'assurée, correspondant à une amputation au niveau du genou droit. Selon lui, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée. Par décision du 10 mars 2014, la CNA a alloué une indemnité pour une atteinte à l'intégrité de 40,5 % et une rente fondée sur un taux d'invalidité de 14 %. Le recours formé par l'assurée contre cette décision a été rejeté par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal par arrêt du 28 janvier 2016, confirmé par le Tribunal fédéral (8C_166/2016 du 27 janvier 2017).

Entre-temps, le 20 juillet 2016, le Dr V. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a établi un rapport dans lequel il a exposé avoir examiné l'assurée le 14 juillet 2016, en raison d'une arthrose post-traumatique de la cheville droite. Il a indiqué que depuis la dernière infiltration réalisée en 2014, l'assurée allait plutôt bien, mais prenait passablement d'anti-inflammatoires en raison de ses genoux, ce qui masquait un peu les douleurs présentes à l'endroit de

- 4 - la cheville. L'intéressée marchait cependant un peu plus qu'avant, aussi un peu plus vite. Sur le plan radiographique, par rapport au cliché de 2013, il n'y avait pas d'augmentation significative des signes d'arthrose, en particulier l'interligne ne s'était pas aminci davantage. Le Dr V. _____ proposait donc de continuer « sur cette lancée » et, en cas de décompensation, d'organiser une infiltration par corticoïde. Lors d'une conversation téléphonique intervenue au printemps, l'assurée a annoncé à un collaborateur de la CNA une dégradation de son état de santé. Prenant acte de cette annonce, la CNA a, dans une correspondance du 3 avril 2017, invité l'assurée à demander à son médecin traitant de faire parvenir un rapport détaillé. Le 10 octobre 2017, le Dr L. _____, spécialiste en médecine interne générale et médecin traitant de l'assurée, a attesté de l'aggravation par paliers des douleurs de l'intéressée depuis ses accidents de 2004 et 2007. Les derniers mois, on assistait à une péjoration rapide, avec une multiplication des infiltrations périspinales. Le Dr L. _____ a en outre transmis à la CNA un rapport établi le 31 juillet 2017 par le Dr Q. _____, spécialiste en radiologie, à qui il avait adressé l'assurée en raison de lombalgies banales de longue date qui s'étaient progressivement aggravées à la suite des accidents de 2004 et 2007. Selon le Dr Q. _____, les infiltrations inter-apophysaires L4-L5 gauche et droite s'étaient déroulées sans complication. Sur l'ensemble du traitement, il était noté une amélioration partielle significative des douleurs de l'assurée. Il persistait cependant un fond douloureux résiduel. En plus d'une douleur résiduelle liée à la spondylolyse qui restait toujours présente, avec une potentielle irritation radiculaire, notamment à gauche, il était relevé que les examens avaient mis en évidence une fissuration à la base d'une pointe ostéophyttaire de la berge sacrée de l'articulation sacro-iliaque droite, étant relevé que les plaintes de l'assurée étaient présentes plutôt du côté gauche. Dans un avis du 19 octobre 2017, le Dr C. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur,

- 5 - médecin d'arrondissement de la CNA, a estimé que la pathologie vertébrale ne présentait pas de lien probable avec l'accident de 2004 ni avec celui de 2007. Le 23 octobre 2017, la CNA a communiqué cet avis au Dr L. _____, en précisant qu'elle n'interviendrait pas pour le traitement institué à ce jour en lien avec cette pathologie. En revanche, elle continuerait à prendre en charge le traitement de physiothérapie. Dans un courrier du 2 novembre 2017, l'assurée, sous la plume de son conseil, a reproché à la CNA de ne pas se déterminer sur les arguments du Dr L. _____ en relation avec la pathologie de la colonne vertébrale d'une part, et de sembler « vouloir ignorer aussi les suites de

l'atteinte au genou subie par Mme Y. _____ d'autre part ». Elle a invité la CNA à se renseigner auprès de ses médecins traitants et a joint à sa correspondance deux rapports établis les 23 mai et 24 juillet 2017 par le Dr Q. _____, ainsi qu'un rapport établi le 3 mai 2017 par le Dr N. _____, médecin praticien au centre d'imagerie médicale [...]. Le Dr C. _____ s'est déterminé à la lumière de ces éléments le 13 novembre 2017. Selon lui, l'assurée souffrait de problèmes en lien avec sa colonne vertébrale évoluant depuis de nombreuses années. Une scoliose idiopathique à double courbure avait été diagnostiquée. Lors des événements de 2004 et 2007, il n'y avait eu aucune lésion structurelle démontrable d'origine traumatique au niveau de la colonne. Les lésions structurelles observées à la colonne étaient toutes d'origine dégénérative. Aucun lien de causalité probable ne pouvait par conséquent être établi entre les lombalgies persistantes et les événements assurés. Par décision du 28 novembre 2017, la CNA a refusé de prendre en charge la pathologie lombaire en se référant à l'avis précité de son médecin d'arrondissement. Par l'entremise de son mandataire, l'assurée a formé opposition à l'encontre de cette décision, le 2 janvier 2018. Elle a fait grief à la CNA de se référer à son médecin d'arrondissement sans autre motivation. Elle lui a également reproché de n'avoir pas instruit ni statué

- 6 - sur les séquelles accidentelles au niveau des membres inférieurs. A l'appui de sa contestation, l'assurée a en outre produit un rapport établi le 27 décembre 2017 par le Dr L. _____. Il ressort en particulier ce qui suit de ce document : « Avant le premier accident de 2004, Mme Y. _____ était atteinte de troubles statiques de la colonne vertébrale justifiant des séances occasionnelles de physiothérapie. La patiente travaillait alors à 100 % au garage de son mari, sans interruption notable et sans plaintes continues. Lors de l'accident de 2004, une IRM aurait montré une déchirure des 2 ménisques et des fractures sur le plateau interne du tibia. Le traitement conservateur n'a pas donné satisfaction. La patiente a continué à souffrir de douleurs du genou D. Une arthroscopie a été effectuée en novembre 2005, puis une prothèse totale a dû être implantée. Les douleurs actuelles du genou D sont donc clairement la conséquence de l'accident de 2004, événement assuré par la SUVA (ndr : la CNA). Il n'est pas utile à ce stade d'ajouter des considérations sur l'accident de 2007 qui a bien sûr aggravé cette situation. Les documents afférents à l'accident de 2004 doivent être en possession de la SUVA. En 2007, la patiente a subi un accident de voiture avec une chute de 15 ou 20 mètres, causant des fractures tibiales et péronières, une probable fracture du sternum, des contusions multiples et une luxation de la cheville D. Les fractures et la luxation ont été opérées immédiatement. Depuis lors, la patiente souffre continuellement de son membre inférieur D. Sur le moment, aucune lésion de la colonne vertébrale n'a été démontrée, ce qui n'a rien d'étonnant dans un contexte de douleurs intenses dues aux fractures et contusions multiples. Les imageries ultérieures n'ont en effet pas démontré de fractures. Une aggravation des troubles statiques par un accident de cette ampleur sont cependant très probables. De telles lésions échappent par leur nature même à la démonstration par imagerie. Quoi qu'il en soit, le handicap de la jambe droite, dû aux accidents, provoque des sollicitations accrues sur la colonne vertébrale, ceci depuis 2007. Ces sollicitations provoquent une décompensation des douleurs vertébrales, qui sont de ce fait beaucoup plus intenses qu'avant les accidents. Par conséquent, on est forcé d'admettre que l'accident de 2007 est en partie responsable de l'aggravation des douleurs de Mme Y. _____ ». Par décision sur opposition du 1er février 2018, la CNA a confirmé le refus de prise en charge des lombalgies, celles-ci ne

- 7 - présentant pas de lien de causalité probable avec les accidents de 2004 et 2007. B. Par acte du 15 février 2018, Y. _____, représentée par Me Jean-Louis Duc, a déféré la décision précitée devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, concluant au renvoi de la cause à la CNA pour complément d'instruction et nouvelle décision « motivée de manière suffisante portant sur toutes les demandes présentées concernant le dos et les membres inférieurs (concernant le droit à des prestations pour soins, à des prestations en espèce et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité) ». En substance, elle a réitéré les griefs soulevés dans le cadre de la procédure administrative quant au défaut de motivation, au refus de donner suite aux actes d'instruction requis et à l'omission de statuer sur les séquelles accidentelles aux membres inférieurs. Dans sa réponse du 23 avril 2018, la CNA, représentée par Me Antoine Schöni, a conclu au rejet du recours, dans la mesure de sa recevabilité. Elle a estimé qu'elle était fondée à se baser sur l'appréciation du Dr C. _____, qui revêtait une pleine valeur probante, plutôt que sur celle du médecin traitant, lequel n'était au demeurant pas spécialisé en orthopédie ou en chirurgie orthopédique. Elle a ajouté que le délai entre l'apparition des troubles lombaires et les accidents était trop long pour admettre l'existence d'un lien de causalité. Répliquant le 28 mai 2018, l'assurée a maintenu sa position. E n d r o i t : 1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (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

- 8 - n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. 2. a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1). Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, la décision sur opposition litigieuse porte uniquement sur le droit à des prestations d'assurance-accidents en relation avec l'atteinte lombaire présentée par la recourante. Tel était l'objet de la décision initiale également. En dépit de la demande du mandataire de la recourante dans son opposition, l'intimée n'a pas statué sur le droit aux prestations en relation avec une éventuelle péjoration de l'état des membres inférieurs de la recourante. Compte tenu de ce qui précède, le recours est recevable en tant qu'il porte sur le droit aux prestations en relation avec l'atteinte lombaire et en tant qu'il porte sur l'obligation de l'intimée de statuer également sur le droit aux prestations en relation avec une éventuelle aggravation des atteintes des membres inférieurs. Le recours est en

- 9 - revanche irrecevable en tant qu'il porte sur l'existence de ce dernier droit, la CNA n'ayant pas encore statué sur ce point. 3. Les modifications de la LAA introduites par la

novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit. 4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Constitue un accident au sens de cette disposition 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) 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 faut et 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. 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

- 10 - prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 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 ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). 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 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). d) 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 fédérale 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

- 11 - seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection 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_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). 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 les références citées ; TF 8C_571/2016 du 24 mars 2017 consid. 3). Il appartient à la personne assurée de rendre plausible une telle rechute ou séquelle tardive, sans quoi l'assureur-accidents peut rendre une décision de refus d'entrer en matière (art. 87 al. 2 et 3 RAI [règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité ; RS 831.201], applicable par analogie en assurance-accidents ; TF 8C_263/2012 du 31 août 2012 consid. 3.3 ; TFA U 55/07 du 13 novembre 2007 consid. 4.1). 5. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant 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 du

- 12 - dossier (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 bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb p. 353 et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 6. a) En l'occurrence, l'intimée a considéré, en se référant à l'avis du Dr C. _____, que les atteintes lombaires ne constituaient pas, au degré de la vraisemblance prépondérante, une rechute ou une séquelle tardive des accidents de 2004 et 2007. La recourante estime quant à elle que la décision entreprise n'est pas motivée à satisfaction de droit et qu'elle repose sur un état de fait insuffisamment instruit. Or, il apparaît au contraire que l'intimée a suffisamment motivé sa décision en ce qui concerne l'absence de lien de causalité entre les lombalgies et les événements de 2004 et 2007. En effet, elle s'est référée de manière parfaitement compréhensible pour la recourante et son mandataire à la détermination du Dr

C._____. Cette détermination est par ailleurs suffisamment probante pour constater que le rapport de causalité naturelle entre les douleurs lombaires de la recourante et les accidents de 2004 et 2007 n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante d'une part, et que, d'autre part, de nouvelles mesures

- 13 - d'instruction ne pouvaient permettre, selon toute probabilité, d'établir un tel rapport au-delà d'une simple possibilité. On rappellera dans ce contexte que la recourante était âgée de 71 ans en 2017, qu'aucune atteinte structurelle d'origine traumatique n'avait été démontrée à la suite de l'accident de 2007, que la recourante présentait de longue date des atteintes dégénératives de la colonne vertébrale, avec notamment une scoliose lombaire, un spondylolisthésis L4-L5 et un canal lombaire opéré en 2009 (cf. rapport d'examen final du 16 décembre 2009, p. 4). Il est au demeurant relevé que cette dernière intervention n'a pas été prise en charge par l'assurance-accidents, sans que cela ne soit contesté par la recourante. On notera enfin que la recourante avait elle-même signalé au Dr B._____ l'existence de souffrance au niveau du bas du dos, avant tout évènement accidentel (cf. rapport d'examen final du 16 décembre 2009, p. 1). Au vu de ces atteintes, on voit mal comment on pourrait, en 2017, attribuer au degré de la vraisemblance prépondérante, les douleurs dorsales à l'accident survenu en 2007, ou à la claudication de la recourante, comme le fait le Dr L._____, dont l'orthopédie et la rhumatologie ne constituent pas les spécialités. Il s'agit tout au plus d'une hypothèse possible, qu'aucun autre document médical ne corrobore, notamment pas les rapports établis par les Drs Q._____ et N._____. On rappellera encore que le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés – a fortiori aggravés – qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Dans ces conditions, l'intimée pouvait, sans autre mesure d'instruction, nier le rapport de causalité naturelle litigieux et refuser d'intervenir pour les douleurs lombaires. b) La recourante reproche encore à l'intimée de n'avoir pas statué sur le droit aux prestations en rapport avec les atteintes à ses

- 14 - membres inférieurs. En réalité, la CNA a déjà statué sur ce point et alloué des prestations en raison de ces atteintes. Dans sa décision du 10 mars 2014, elle a fixé le taux de l'atteinte l'intégrité à 40,5 %, tel que préconisé par le Dr J._____ dans son rapport du 15 avril 2013, en raison des diverses atteintes au genou droit et à la cheville droite de l'assurée, correspondant à une amputation au niveau du genou droit. c) Cela étant dit, si la recourante souhaitait alléguer une rechute ou une séquelle tardive, il lui appartenait de les rendre plausibles (cf. consid. 4b). A première vue, le rapport du 20 juillet 2016 du Dr V._____ ne plaide pas dans ce sens. Il n'en reste pas moins qu'après avoir été expressément invitée à instruire et à statuer sur cette question, l'intimée ne pouvait purement et simplement passer sous silence cette problématique. Il lui appartenait d'attirer l'attention de la recourante sur son obligation de rendre plausible une rechute ou une séquelle tardive et au fait qu'à défaut elle n'entrerait pas en matière sur la demande. L'intimée pouvait également demander à la recourante de préciser les prestations dont elle demandait la prise en charge. A ce stade, les conclusions de la recourante sont en effet particulièrement vagues. Il appartenait ensuite à l'intimée de décider d'instruire ou de refuser d'entrer en matière, en fonction des déterminations et des documents complémentaires produits ou non par la recourante. 7. a) En conclusion, le recours doit être très partiellement admis, en ce sens que la cause doit être renvoyée à l'intimée pour

procéder conformément au considérant 6c ci-avant. Pour le surplus, le recours doit être rejeté. b) La recourante, qui obtient partiellement gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, a droit à des dépens réduits, qu'il convient de fixer à 800 fr., débours et TVA compris (art. 61 let. g LPGA, art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée.

- 15 - c) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

- 16 - Par ces motifs, la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est très partiellement admis. II. La décision sur opposition rendue le 1er février 2018 par la Caisse nationale suisse en cas d'accidents est confirmée en ce qui concerne les atteintes lombaires. III. Dite décision est en revanche annulée en tant qu'elle porte sur les atteintes aux membres inférieurs, la cause étant renvoyée à la Caisse nationale suisse en cas d'accidents pour qu'elle procède conformément aux considérants. IV. Il n'est pas perçu de frais judiciaires. V. La Caisse nationale suisse en cas d'accidents versera à Y._____ 800 fr. (huit cents francs) à titre de dépens réduits. Le président : La greffière :

- 17 - Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - Me Jean-Louis Duc (pour Y._____); - Me Antoine Schöni (pour la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents); - Office fédéral de la santé publique; 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). La greffière :

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