

VD_GERICHTE ZA18.032715 vom 26. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.032715

FR: VD_GERICHTE ZA18.032715 du 26 juin 2019

IT: VD_GERICHTE ZA18.032715 del 26 giugno 2019

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), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1

- 7 - LPGA). En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile devant le tribunal compétent et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable. b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent art. 93 al. 1 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. c) Compte tenu des conclusions de la recourante tendant à la prise en charge par Mutuel des séances de physiothérapie du 18 décembre 2017 au 25 juin 2018 par 960 fr., il apparaît que la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 francs. Partant, la présente cause relève de la compétence du magistrat instructeur statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 17 décembre 2017, singulièrement la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'accident du 17 septembre 2017 et les troubles persistants.

E. 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. 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

- 8 - 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 prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales. 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1 et les arrêts cités). 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_464/2014 du 17 juillet 2014 consid. 3.2). 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. 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_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 4.2). 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 et les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). 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).

- 9 - c) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduites lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, 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 ou plus 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 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.2 et les références citées).

E. 4

a) D'après le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans 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 comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. 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 exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment

- 10 - motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

a) A la suite de l'accident du 17 septembre 2017, il est établi que la recourante a présenté une contusion faciale ayant entraîné des douleurs cervicales persistantes, le tout dans le contexte d'un éventuel traumatisme crânien simple. Ultérieurement, elle s'est plainte de douleurs au coude gauche. aa) Il ressort des radiographies de la colonne cervicale du 31 octobre 2017 que, hormis la suspicion d'une entorse cervicale au niveau interfaccettaire C5-C6, il n'y avait pas de fracture décelable. Quant à l'IRM

- 11 - cervicale du 13 novembre 2017, elle a mis en évidence des troubles statiques avec une cyphose cervicale mais sans signes de séquelles post-traumatiques. bb) Les radiographies du coude gauche pratiquées le 13 décembre 2017 ont révélé une épicondylite sans toutefois qu'une anomalie radiologique ne puisse lui être associée. A cela s'ajoutait la présence de trois petites ossifications. Il n'y avait toutefois pas de déformation traumatique visible des structures osseuses. b) En l'occurrence, il est établi que la recourante n'a pas subi de lésion structurelle ou neurologique, ni de blocage cervical aigu, à la suite de l'accident assuré. Cette constatation est unanimement partagée par tous les médecins consultés. Mise à part la persistance d'une douleur à la palpation du trapèze au niveau paravertébral cervical droit ainsi qu'au niveau du coude gauche, l'état de la recourante est décrit sans pathologies identifiables, en particulier aussi sans limitation fonctionnelle du rachis cervico-dorsal ou du coude gauche. Certes, la Dresse V._____ qualifie les douleurs dont se plaint la recourante de nuccalgies « post-traumatiques », ajoutant qu'elle présentait des douleurs persistantes au niveau du coude alors qu'elle n'avait jamais souffert d'épicondylite avant l'accident du 17 septembre 2017. A la lecture de ses considérations médicales, on doit toutefois constater que l'argument principal mis en avant est le fait que les douleurs sont

apparues après l'accident et qu'elles n'ont pas entièrement disparu depuis lors malgré les traitements entrepris. On ne saurait cependant retenir la nature post-traumatique de la symptomatologie sur la base de ce seul élément (cf. TF 8C_400/2014 du 21 juillet 2014 consid. 3.2). Cela revient en effet à se fonder sur le principe post hoc ergo propter hoc lequel ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid 2b/ bb). Au demeurant, les conclusions du Dr G. _____ ne sont pas contredites par la Dresse V. _____, qui posait la stabilisation du cas et la fin du traitement pour le mois d'octobre 2017. En l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité des conclusions du Dr G. _____, selon lesquelles l'effet délétère de l'accident est à considérer comme

- 12 - éteint trois mois après sa survenance, c'est à juste titre que l'intimée a supprimé le droit de la recourante aux prestations de l'assurance- accidents dès le 18 décembre 2017.

E. 6

Mal fondé, le recours doit en conséquence être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

E. 7

La procédure étant en principe gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, ni d'allouer de dépens au vu de l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA). 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 6 juillet 2018 par Mutuel Assurances SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué de dépens. Le juge unique : Le greffier : Du

- 13 - L'arrêt qui précède est notifié à : - Mme J. _____, - Mutuel Assurances SA, - 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). Le greffier :

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