

VD_GERICHTE ZA19.003324 vom 6. Juli 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-07-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.003324

FR: VD_GERICHTE ZA19.003324 du 6 juillet 2020

IT: VD_GERICHTE ZA19.003324 del 6 luglio 2020

Erwägungen

E. 12

juin 2018 du Dr C. _____ prononçant un arrêt de travail à 100 % du 4 au 30 juin 2018 « pour son travail en bijouterie uniquement ». Répondant par courrier électronique du 6 juillet 2018, la Caisse a exposé que, conformément à ce qui avait été expliqué lors de l'entretien du 31 mai 2018, l'assurée était « plaçable » dans toute activité depuis le 1er juin 2018, de sorte que la nouvelle incapacité de travail dans le domaine de la bijouterie ne serait pas indemnisée. Interpellé par la Caisse, P. _____ a indiqué, lors d'un entretien téléphonique du 15 août 2018, que l'ancienne activité de l'assurée était purement administrative. Le lendemain, dite société a transmis le cahier des charges de l'intéressée. Par courrier électronique du 16 août 2018, Y. _____ a notamment exposé ce qui suit : "Selon notre entretien téléphonique de ce jour, nous vous confirmons que nous versons des indemnités de chômage à l'assurée susmentionnée. Nous déduisons uniquement la part de son gain intermédiaire de 3 heures hebdomadaire[s] car selon le certificat médical, l'incapacité de 100 % est dans son travail de

- 6 - bijouterie uniquement. Selon Madame N. _____, l'employeur ne peut pas l'occuper dans un autre poste. L'employeur n'a pas résilié le contrat de travail. Pour la caisse, elle est toujours en gain intermédiaire d'où la déduction." Par écriture de son conseil du 16 août 2018, l'assurée a demandé à se voir expliquer les motifs du refus d'indemnisation signifié par la caisse. Elle a sollicité le prononcé d'une décision formelle, le cas échéant. S'étant vu soumettre le cas, le Dr X. _____ a retenu, par avis du 29 août 2018, qu'au vu de la dernière activité professionnelle exercée avant le chômage (employée de commerce), la nouvelle incapacité de travail dès le 4 juin 2018 n'était – en l'état du dossier – pas médicalement justifiée par les seules suites de l'accident du 30 novembre 2017. Par décision du 4 septembre 2018, la CNA a refusé de prendre en charge l'incapacité de travail attestée dès le 4 juin 2018. Elle a en particulier retenu que l'activité professionnelle antérieure au chômage était exigible en plein selon le médecin d'arrondissement et que, dès lors, la nouvelle incapacité de travail dès le 4 juin 2018, attestée uniquement pour le travail en bijouterie, ne serait pas indemnisée. Par rapport médical intermédiaire du 8 septembre 2018, le Dr W. _____ a fait état d'une cicatrisation complète avec une reprise du travail à 100 % le 18 décembre 2017. A la demande du conseil de l'assurée, le dossier de la CNA lui a été transmis le 14 septembre 2018. Par écriture du 28 septembre 2018 rédigée par son conseil, l'assurée a fait opposition à la décision du 4 septembre précédent. Elle a essentiellement allégué que la base du refus d'indemnisation ne trouvait aucune justification au regard du processus qui avait prévalu jusqu'au 31 mai 2018, des indemnités journalières lui ayant été précédemment versées.

- 7 - Prenant une nouvelle fois position le 17 octobre 2018, le Dr X. _____ a retenu qu'en l'état du dossier, il n'y avait aucune raison d'admettre une nouvelle incapacité de

travail dès le 4 juin 2018 et que, corrélativement, il y avait lieu de confirmer une pleine capacité de travail à compter du 1er juin 2018. Par courrier électronique et pli postal prioritaire du 5 décembre 2018, l'assurée a fait parvenir à la Caisse les documents suivants : - un rapport du 26 novembre 2018 établi par le chiropraticien V. _____ consécutivement à une consultation du 26 septembre 2018, constatant notamment ce qui suit : "Je n'ai pas de « diagnostic médical » précis à apporter. L'entité la plus proche me semble être un trouble fonctionnel de l'équilibre (« Persistent Postural Perceptual Dizziness »). D'un point de vue de neurologie fonctionnelle, nous nous trouvons en présence d'un « vertige visuel » avec sensibilité et sur- dépendance visuelle. Le mécanisme est probablement lié à une perte d'intégration vestibulo-cérébelleuse droite, qui pourrait être la conséquence d'une forme de dysafférentiation [sic] liée à l'accident et la douleur neuropathique que Mlle N. _____ a eu[s] à la main droite. Nous sommes peut-être également en présence d'un mécanisme surajouté de type POTS, bien que cliniquement, l'élévation des pulsations n'atteigne pas le seuil clinique. [...] Une fois le bon protocole mis en place, je m'attends à commencer de voir un début d'amélioration en 2-4 semaines. Si c'est le cas, cela confirmera l'hypothèse clinique et nous continuerons dans cette voie. Si ce n'est pas le cas, une consultation au service du Dr T. _____ au Centre hospitalier F. _____ devrait être considérée." - un certificat médical du 4 décembre 2018, aux termes duquel le Dr C. _____ se ralliait à l'opinion du chiropraticien V. _____ faisant le lien entre les symptômes actuels et l'accident du 30 novembre 2017 ; - un certificat d'arrêt de travail établi par le Dr C. _____ le 4 décembre 2018, pour la période du 1er au 31 décembre 2018.

- 8 - Par décision sur opposition du 6 décembre 2018, la CNA a rejeté l'opposition de l'assurée et confirmé sa décision du 4 septembre précédent, retirant par ailleurs l'effet suspensif à un éventuel recours. Dans sa motivation, elle a retenu que des indemnités journalières avaient été versées par le passé sans spécification d'activité (du 30 novembre au

E. 17

décembre 2017 à 100 %, du 1er au 18 janvier 2018 à 100 %, du 19 au 31 janvier 2018 à 50 %, dès le 1er février 2018 à 30 % et du 9 mars au 31 mai 2018 à 100 % [selon les certificats transmis par les Drs W. _____, Z. _____ et C. _____]) mais que, au-delà du 31 mai 2018, aucun certificat d'incapacité totale de travail (sans limitation) n'avait été transmis. L'entretien téléphonique du 31 mai 2018 avait en outre mis en évidence qu'une pleine capacité de travail pouvait être reconnue dans toute activité autre que la bijouterie et, le 12 juin 2018, le Dr C. _____ avait émis un certificat d'incapacité de travail du 4 au 30 juin 2018 pour le seul travail en bijouterie. Ainsi, après réception du certificat médical susdit et soumission du cas au médecin d'arrondissement, la CNA avait informé l'assurée que, dans la mesure où elle était en mesure d'exercer une multitude d'activités correspondant à son profil de formation, la nouvelle incapacité de travail pour les seuls travaux de bijouterie ne serait pas indemnisée. A cela s'ajoutait que, du point de vue médical, l'assurée n'apportait aucun élément dans le sens d'une inaptitude à reprendre un travail en relation avec sa formation d'employée de commerce. Partant, la CNA a estimé être légitimée à ne pas verser d'indemnités journalières à partir du 4 juin 2018. Interpellée le 11 décembre 2018 par l'assurée quant au sort de la décision sur opposition du 6 décembre 2018 compte tenu des documents transmis le 5 décembre précédent, la CNA, par correspondance du 13 décembre 2018, a répondu que la décision sur opposition précitée ne ferait pas l'objet d'une reconsidération. B. Agissant par l'entremise de son conseil,

N._____ a recouru le

E. 22

janvier 2019 devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision sur opposition du 6 décembre 2018, concluant principalement à la réforme de cette décision et au versement

- 9 - d'indemnités journalières dès et y compris le 1er juin 2018, subsidiairement à l'annulation de ladite décision et à son renvoi pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Sur le plan formel, la recourante a invoqué une violation du droit d'être entendu s'agissant de l'administration des preuves, dans la mesure où l'intimée avait refusé de prendre en compte les éléments nouveaux qui lui avaient été soumis, y compris sous l'angle de la reconsidération ; l'intéressée a ajouté que l'instruction du cas méritait par conséquent d'être complétée. Sur le fond, la recourante a allégué avoir perçu des indemnités pour la période du 1er au 18 janvier 2018 sur la base du certificat médical du Dr C._____ du 18 décembre 2017 spécifique à l'activité exercée avec les chevaux ; en ce sens, elle a reproché à l'intimée d'avoir traité de manière dissemblable des situations similaires. Pour le reste, la recourante a argué que la symptomatologie actuelle, prévalant au 1er juin 2018, était liée à l'accident du 30 novembre 2017, comme en avaient attesté le Dr C._____ et le chiropraticien V._____. Elle a également rappelé qu'elle avait été invitée par la CNA à reprendre contact en cas de persistance de ses troubles et de poursuite du traitement, ce qui laissait présupposer qu'une indemnisation serait envisageable en cas d'échec de la reprise du travail. Par réponse du 3 avril 2019 rédigée par son conseil, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle a en particulier retenu que les pièces transmises le 5 décembre 2018 n'étaient pas susceptibles de modifier la situation, respectivement de mettre en doute l'appréciation du Dr X._____. A la suite de son mariage le 5 avril 2019, la recourante a pris le nom de B._____. Par réplique du 19 août 2019, la recourante a maintenu ses conclusions. Invoquant les divergences d'appréciation entre le Dr X._____ et le chiropraticien V._____ – dont l'avis avait incité le Dr C._____ à modifier sa position –, elle a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale aux fins de déterminer si l'incapacité de travail dès le

- 10 - 1er juin 2018 n'était pas et ne demeurait pas limitée à l'activité de bijouterie mais s'étendait également à l'ensemble des activités professionnelles. Elle a notamment versé en cause un compte-rendu établi le 24 juin 2019 par le Dr T._____, médecin chef de l'Unité d'otoneurologie et d'audiologie du Centre hospitalier [...] (ci-après : le Centre hospitalier F._____), dont on extrait ce qui suit : "DIAGNOSTICS ■ Trouble vestibulaire fonctionnel chronique (Persistent Postural Perceptual Dizziness) RAPPEL ANAMNESTIQUE ■ [...] Pour rappel, cette patiente présente depuis fin 2017 une symptomatologie chronique de vertiges type tangage en continu, presque quotidiens, d'intensité fluctuante, aggravés par les mouvements corporels actifs et les stimulations visuelles défilantes ou complexes (conduite sur autoroute, par temps de neige, grands magasins, défilement d'images à la télévision ou l'ordinateur). Un examen ORL déjà effectué n'a rien révélé de particulier. L'IRM cérébrale du 18.09.2018 est normale. Un bilan chiropra[tique] en novembre 2018 évoque le diagnostic d'un trouble fonctionnel de l'équilibre. Pas d'hypoacousie concomitante ni de migraine. L'anamnèse générale est par ailleurs sans particularité. Pas de traitement en cours. Sur le plan psychologique, la patiente ne rapporte rien spontanément, mais vous mentionnez une importante claustrophobie évoquant un trouble anxieux sous-jacent. [...] DISCUSSION-CONCLUSION ■ L'examen

otoneurologique clinique et instrumental est normal, sans signe d'une pathologie vestibulaire organique expliquant la symptomatologie. L'IRM cérébrale réalisée le 18.09.2018 n'a rien montré de particulier. Au vu du tableau clinique, la patiente présente un trouble vestibulaire fonctionnel de type persistant postural perceptual dizziness (conflit sensoriel et visuo-vestibulaire), avec altération de la perception interne de l'équilibre et intolérance aux mouvements du corps et de la scène visuelle (dépendance visuelle). Comme facteurs favorisants, on relève un probable trouble anxieux." Par envoi complémentaire du 9 octobre 2019, la recourante a produit un certificat médical du 3 octobre précédent aux termes duquel le Dr C. _____ se déclarait en accord avec les conclusions du chiropraticien V. _____ même si, effectivement, les différents rapports spécialisés du Centre hospitalier F. _____ ne citaient pas clairement le traumatisme de 2017 comme élément déclencheur.

- 11 - Dupliquant le 7 novembre 2019, l'intimée a confirmé sa position, se référant à une appréciation neurochirurgicale émise le 4 novembre 2019 et signée le 5 novembre suivant par la Dre S. _____, spécialiste en neurochirurgie auprès du Centre de compétence de médecine des assurances de la CNA, dont on extrait ce qui suit : "Conclusion En résumé, status normal du point de vue otoneurologique du Centre hospitalier F. _____. Il est peu probable, selon la vraisemblance prépondérante, que l'événement initial du 30 novembre 2017, plaie au niveau du médus et de l'annulaire droits, en se blessant avec le couvercle d'une boî[te] de conserve, soit en lien de causalité avec les plaintes de l'assurée (vertige) investigué[s] par le Dr T. _____. A noter que même une pathologie à ce niveau ne serait pas en lien de causalité avec l'événement initial selon la vraisemblance prépondérante." Par écriture du 2 décembre 2019, la recourante a reproché à l'intimée de porter la contestation sur le terrain de la causalité adéquate entre les affections actuelles et l'accident du 30 novembre 2017. Elle a par ailleurs réitéré sa requête visant à la mise en œuvre d'une expertise « dans les meilleurs délais possibles », arguant que l'appréciation neurochirurgicale produite par la CNA n'avait pas valeur d'expertise – le médecin en question n'ayant pas réalisé d'examen mais s'étant uniquement basé sur le dossier – mais constituait une simple déclaration de partie. 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 n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des

- 12 - 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. En l'espèce, le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était en droit de refuser le versement d'indemnités journalières à la recourante pour l'incapacité de travail annoncée à partir du 4 juin 2018. 3. Dans la mesure où la recourante invoque un vice de procédure, singulièrement une violation du droit d'être entendu s'agissant de l'administration des preuves, la Cour de céans examinera en priorité ce grief. En effet, de nature formelle, le droit d'être entendu est une règle primordiale de procédure dont la violation entraîne en principe l'annulation de la décision attaquée indépendamment des chances de succès du recours sur le fond (ATF 143

IV 380 consid. 1.4.1). a) Le droit d'être entendu inscrit à l'art. 29 al. 2 Cst. (Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101) comprend notamment le droit pour l'intéressé de produire des preuves pertinentes et d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre (ATF 143 V 71 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 135 II 286 consid. 5.1). Il n'y a toutefois pas violation du droit à l'administration de preuves lorsque la mesure probatoire refusée est inapte à établir le fait à prouver, lorsque ce fait est sans pertinence ou lorsque, sur la base d'une appréciation des preuves dont elle dispose déjà, l'autorité parvient à la conclusion que les faits pertinents sont établis et que le résultat de la mesure probatoire sollicitée ne pourrait pas modifier sa conviction (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 134 I 140 consid. 5.3 ; 130 II 425 consid. 2.1).

- 13 - b) En l'occurrence, la recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir pris en compte les documents transmis le 5 décembre 2018 (cf. mémoire de recours du 22 janvier 2019 p. 5 s.). Les documents en cause sont parvenus à l'intimée entre le 5 (envoi électronique) et le 6 (envoi postal prioritaire) décembre 2018, soit de manière quasi concomitante avec la décision sur opposition du 6 décembre 2018. Même sans connaître les processus et délais de traitement du courrier au sein d'un organisme de l'ampleur de la CNA, la séquence chronologique des événements apparaît manifestement trop courte pour que les pièces produites aient pu être intégrées à l'analyse de l'intimée au moment du prononcé de la décision litigieuse. Quoi qu'il en soit, la recourante a pu présenter les arguments relatifs aux pièces en question au cours de la présente procédure judiciaire ouverte devant une instance jouissant d'un plein pouvoir d'examen pour statuer, le recours selon les art. 56 ss LPGA étant un moyen de droit complet permettant un examen de la décision entreprise en fait et en droit (cf. TF 9C_205/2013 du 1er octobre 2013 consid. 1.3, renvoyant à 9C_127/2007 du 12 février 2008 consid. 2.2). Sous cet angle, l'argument tiré d'une éventuelle violation du droit d'être entendu devrait de toute manière être écarté. Bien plus, force est de rappeler que sur interpellation de l'assurée, la CNA a répondu, le 13 décembre 2018, que les éléments communiqués le 5 décembre 2018 n'étaient pas susceptibles de l'amener à revoir sa position. Il apparaît, en d'autres termes, que l'intimée s'est déterminée sur les pièces reçues – certes entre le prononcé de la décision attaquée et la saisine du présent tribunal – et que, en procédure judiciaire, la recourante conteste le refus de la CNA de revenir sur son évaluation malgré les documents produits. Dans cette mesure, en tant qu'il porte sur le résultat de l'appréciation des preuves faite par l'intimée, le grief tiré d'une violation du droit d'être entendu se confond ici avec celui d'une constatation manifestement inexacte des faits pertinents, que la recourante soulève également. Ce grief sera donc examiné avec le fond du litige.

- 14 - 4. 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. Selon 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. 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 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

- 15 - probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.1). 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_283/2017 du 26 novembre 2017 consid. 3.2 et 8C_354/2007 du 4 août 2008 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF 8C_423/2014 du 31 mars 2015 consid. 4.2 et les références citées). 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_99/2019 du 8 octobre 2019 consid. 4.1.1 et les références citées). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et être tranchée par l'administration ou le juge, non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF 8F_2/2016 du 27 juin 2016 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).

- 16 - d) Les prestations d'assurance sont 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]). 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). e) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales 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 dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions 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

- 17 - comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 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). 5. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). b) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique (art. 6, première phrase, LPGA). L'indemnité journalière vise à compenser la perte de salaire découlant de l'incapacité de travail. La notion d'incapacité de travail est la même dans toutes les branches des assurances sociales : est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51 consid. 1.1 ; TFA U 460/05 du 1er décembre 2006 consid. 3.2 ; Margit Moser-Szeless, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire

- 18 - romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 19 ad art. 6 LPGA). Pour déterminer le taux de l'incapacité de travail, il faut, selon la jurisprudence,

établir dans quelle mesure l'assuré ne peut plus, en raison de l'atteinte à la santé, exercer son activité antérieure, compte tenu de sa productivité effective et de l'effort que l'on peut raisonnablement exiger de lui. En revanche, l'estimation médico-théorique de l'incapacité de travail n'est pas déterminante (ATF 114 V 281 consid. 1c ; TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.3 ; Moser-Szeless, op. cit., n° 20 ad art. 6 LPGA). Le degré de l'incapacité de travail doit être fixé sur la base de la profession exercée jusqu'alors, aussi longtemps qu'on ne peut raisonnablement exiger de l'assuré qu'il mette à profit sa capacité de travail résiduelle dans une autre branche professionnelle (obligation de diminuer le dommage ; ATF 129 V 460 consid. 4.2 ; 114 V 281 consid. 1d). En ce sens, l'art. 6, deuxième phrase, LPGA prévoit qu'en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité raisonnablement exigible peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (TF 9C_546/2007 du 28 août 2008 consid. 3.4). c) La jurisprudence s'est par ailleurs positionnée s'agissant des assurés victimes d'un accident au cours d'une période d'indemnisation par l'assurance-chômage. A cet égard, elle retient que la capacité de travail déterminante pour examiner le droit à l'indemnité journalière de l'assurance-accidents n'est pas appréciée au regard de toute activité convenable exigible du point de vue de l'assurance- chômage, mais qu'il y a lieu de se référer à la capacité de travail dans la profession usuelle exercée jusqu'alors (« im angestammten Beruf »). La capacité de travail dans une nouvelle activité professionnelle n'est décisive que pour autant que les conditions d'une nouvelle orientation professionnelle soient réalisées – à savoir un état de santé stable, une altération probable et permanente de la capacité de travail dans la profession habituelle et le caractère raisonnable d'une nouvelle intégration professionnelle avec octroi d'un délai d'adaptation (TFA U 301/02 du 1er octobre 2003 consid. 2.2 ; Moser-Szeless, op. cit., n° 56 ad art. 6 LPGA).

- 19 - 6. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées). 7. Le refus d'indemnisation litigieux a, dans un premier temps, été motivé par le fait que l'incapacité de travail attestée dès le 4 juin 2018 par le Dr C. _____ était circonscrite au domaine de la bijouterie et qu'une entière capacité de travail pouvait être reconnue dans toute activité autre, notamment comme employée de commerce (cf. décision sur opposition du 6 décembre 2018). Dans un second temps, l'intimée a également estimé que la symptomatologie rapportée par le chiropraticien V. _____ et le Dr T. _____ ne pouvait pas être mise en lien avec l'événement accidentel du 30 novembre 2017 (cf. réponse du 3 avril 2019 et duplique du 7 novembre 2019). C'est dès lors sous ces deux aspects qu'il appartient à la Cour de céans de se prononcer. a) Pour ce qui est tout d'abord de la causalité, il n'est pas contesté qu'un événement accidentel est survenu le 30 novembre 2017, occasionnant chez la recourante des plaies au niveau de la face dorsale des articulations IPP du majeur et de l'annulaire droits. Certes, la cicatrisation a été jugée complète (cf. rapport du Dr W. _____ du 8 septembre 2018). Toutefois, l'évolution a été marquée par des

cicatrices

- 20 - hypertrophiques et douloureuses, ainsi qu'une discrète algoneurodystrophie localisée des troisième et quatrième doigts de la main droite (cf. rapport de la Dre Z. _____ du 25 janvier 2018). Dès le mois de mars 2018 environ, la situation s'est péjorée consécutivement à une nouvelle activité dans les soins esthétiques débutée en janvier 2018 ; dans ce contexte, l'assurée signalait d'importantes douleurs spontanées et à la mobilisation, ainsi qu'une ankylose et une limitation fonctionnelle des trois derniers doigts de la main droite, le pronostic étant cependant jugé favorable (cf. rapport de la Dre Z. _____ du 9 avril 2018). Puis, lors d'un entretien téléphonique le 31 mai 2018 avec la CNA, l'assurée a signalé un manque de sensibilité et de mobilité dans les trois derniers doigts de la main droite (cf. procès-verbal du 31 mai 2018). Jusqu'à ce stade, la symptomatologie de l'assurée ne visait donc que certains doigts de la main droite. Les rapports ultérieurs du chiropraticien V. _____ et du Dr T. _____ ont toutefois mis en avant une autre problématique – à savoir un trouble fonctionnel de l'équilibre (cf. rapport du chiropraticien V. _____ du 26 novembre 2018), respectivement un trouble vestibulaire fonctionnel chronique (cf. rapport du Dr T. _____ du 24 juin 2019). Le chiropraticien V. _____ a plus particulièrement évoqué un vertige visuel avec sensibilité et sur-dépendance visuelle, émettant l'hypothèse d'un mécanisme probablement lié à une perte d'intégration vestibulo-cérébelleuse droite pouvant être la conséquence d'une forme de dysafférentiation [sic] liée à l'accident et à la douleur neuropathique, ou celle d'un mécanisme surajouté de type syndrome de tachycardie orthostatique posturale (ou « postural orthostatic tachycardia syndrome » [POTS]) sans toutefois que l'élévation des pulsations n'atteigne le seuil clinique (cf. rapport du 26 novembre 2018). Cette appréciation se contente toutefois d'émettre deux hypothèses quant à l'origine des plaintes, dont une seule en lien avec l'événement du 30 novembre 2017, sans détailler ces hypothèses ni les départager entre elles ; plus spécifiquement, le chiropraticien V. _____ n'explique pas en quoi les plaies occasionnées au majeur et à l'annulaire droits en novembre 2017

- 21 - auraient objectivement et vraisemblablement pu déboucher sur des problèmes d'équilibre, étant rappelé qu'un simple raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc » n'est pas suffisant sous l'angle de la causalité naturelle (consid. 4b supra). Partant, on ne saurait sur cette base admettre un quelconque lien de causalité entre la symptomatologie rapportée par le chiropraticien V. _____ et l'événement du 30 novembre 2017. Pour les mêmes raisons, on ne saurait prendre en considération l'avis émis le 4 décembre 2018 par le Dr C. _____, qui se contente de reprendre à son compte les conclusions du chiropraticien V. _____ sans les étayer en aucune façon. Il en va également ainsi du certificat du Dr C. _____ du 3 octobre 2019 en tant qu'il se limite à énoncer abstraitement qu'un traumatisme peut être la cause de symptômes neurologiques, sans apporter d'éléments objectifs concrets propres au cas particulier. Il est par ailleurs vrai que dans son compte-rendu du 24 juin 2019, le Dr T. _____ a évoqué, sur le plan anamnestique, une symptomatologie chronique de vertiges « type tangage en continu » depuis la fin de l'année 2017. Pour autant, le Dr T. _____ n'a pas établi de relation entre les vertiges signalés et l'événement du 30 novembre 2017, respectivement les plaies occasionnées au majeur et à l'annulaire droits ; il a tout au plus évoqué un trouble anxieux comme facteur favorisant mais, là encore, sans faire de lien avec l'accident susdit. A cela s'ajoute que, dans les suites immédiates de l'accident, aucun médecin n'a répertorié de troubles d'équilibre, respectivement de problèmes de vertige, mais que seuls des problèmes aux doigts ont été

signalés. De même, lors de l'entretien de 5 février 2018 avec la CNA, la recourante n'a rapporté que des troubles de sensibilité et de mobilité à la main droite, et non des pertes d'équilibre ou des vertiges. Dans ces conditions, il y a lieu de considérer que les conclusions du Dr T. _____ ne permettent pas davantage d'admettre un lien de causalité entre les troubles d'équilibre de la recourante et l'accident du 30 novembre 2017. C'est en outre le lieu de rappeler que la CNA a également sollicité l'avis de son service médical, lequel a expressément nié le lien de

- 22 - causalité entre l'accident précité et les vertiges signalés par la recourante (cf. appréciation neurochirurgicale de la Dre S. _____ du 4 novembre 2019). Or les pièces au dossier telles que décrites ci-avant n'incitent pas à s'écarter de cet avis. Tout au plus relèvera-t-on que c'est en vain que la recourante critique l'appréciation susdite au motif qu'elle ne repose que sur l'analyse des pièces au dossier et non sur un entretien personnel. En effet, une expertise médicale fondée uniquement sur les pièces d'un dossier a valeur probante pour autant que le dossier contienne suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen personnel de l'assuré (TF 8C_485/2014 du 24 juin 2015 consid. 5.1.4 et les références citées ; voir également TFA I 176/05 du 16 septembre 2005 consid. 3.1.1) – ce qui est le cas en l'espèce, la Dre S. _____ s'étant en particulier fondée sur les évaluations émises, après consultation, par les Drs W. _____, Z. _____ et T. _____ ainsi que par le chiropraticien V. _____. Au degré de la vraisemblance prépondérante, on ne peut en définitive pas considérer que les problèmes d'équilibre de la recourante soient en relation de causalité naturelle avec l'événement 30 novembre 2017 ; rien ne permet non plus de les considérer comme une rechute ou des séquelles tardives de cet événement. Sur ce plan, c'est dès lors à juste titre que la CNA a réfuté son obligation de prêter. Au surplus, on ajoutera encore que l'on peine à comprendre le reproche adressé par la recourante à l'intimée d'avoir porté l'affaire sur le terrain de la causalité adéquate (cf. écriture du 2 décembre 2019 p. 1). S'agissant de troubles somatiques, cet aspect se confond en effet avec la causalité naturelle, que la CNA était tenue d'aborder compte tenu des pièces médicales produites par l'assurée faisant mention d'une symptomatologie jusqu'alors inconnue au dossier. b) Reste à savoir si l'intimée était légitimée à refuser d'indemniser l'incapacité de travail attestée par le Dr C. _____ dès le 4 juin 2018 pour l'activité exercée dans le domaine de la bijouterie.

- 23 - Il convient à cet égard de rappeler que la recourante est au bénéfice d'une formation d'employée de commerce depuis 2008 et qu'elle a régulièrement œuvré dans ce domaine de 2009 à 2016. Elle a en particulier exercé une activité purement administrative auprès de P. _____ durant plus de deux ans avant de s'annoncer comme demandeuse d'emploi. Cela étant, force est de conclure que c'est dans une activité d'employée de commerce que l'assurée a usuellement œuvré avant de s'inscrire au chômage et que, par conséquent, l'octroi d'indemnités journalières de l'assurance-accidents doit s'entendre en lien avec une telle activité (cf. consid. 5c supra). Or, aucune incapacité de travail dans une activité de type administratif/employée de commerce n'a été attestée pour la période ici litigieuse – ce qui fait obstacle au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents sans qu'il y ait lieu de se poser la question d'une nouvelle orientation professionnelle. En revanche, conformément à la jurisprudence, il ne saurait être question d'indemniser une incapacité de travail dans toute activité potentiellement exigible dans le cadre de l'assurance-chômage. C'est toutefois à l'évidence dans cette catégorie que rentre l'activité exercée en gain intermédiaire deux à trois heures par semaine dans une bijouterie depuis la fin du mois de

décembre 2017, à la vente et à la préparation des commandes (cf. procès-verbal d'entretien téléphonique du 5 février 2018). Il s'agit en effet d'une activité exercée de manière accessoire et qui s'avère totalement étrangère à la formation et au contexte professionnel usuel de la recourante – à l'instar de l'activité dans les soins esthétiques brièvement exercée elle aussi en gain intermédiaire au début de l'année 2018. Cela étant, on ne voit donc pas comment la prise en charge de l'incapacité de travail limitée à certains travaux manuels inhérents aux quelques heures de travail hebdomadaires effectuées en gain intermédiaire dans une bijouterie (cf. courrier électronique de l'assurée du 4 juillet 2018) incomberait à l'intimée. Contrairement à ce que soutient la recourante (cf. mémoire de recours du 22 janvier 2019 p. 3 ss), peu importe l'incapacité de travail limitée à l'activité exercée avec les chevaux, telle qu'attestée par le

- 24 - certificat médical du Dr C. _____ du 18 décembre 2017. En effet, quand bien même l'assurée est titulaire d'un CFC d'écuyer obtenu en 2004, il appert néanmoins qu'elle n'a plus exercé dans ce domaine depuis plusieurs années et que l'activité visée par le certificat susdit était limitée à une heure et demi voire deux heures trois fois par semaine – soit, là encore, un gain intermédiaire de relativement faible importance dont on voit mal comment il pourrait être qualifié d'activité habituelle de l'intéressée au sens de la jurisprudence (cf. consid. 5c supra). En d'autres termes, une indemnisation à raison d'une incapacité de travail circonscrite à une telle activité irait donc à l'encontre des principes juridiques applicables au versement d'indemnités journalières de l'assurance-accidents en faveur d'assurés au chômage. Dès lors, à supposer que l'indemnisation pour la période entre les 18 décembre 2017 et 18 décembre 2018 soit intervenue sur la base du certificat établi le 18 décembre 2017 par le Dr C. _____ (étant rappelé que le Dr C. _____ a par la suite attesté une totale incapacité de travail pour cette même période, sans restriction à un quelconque domaine [cf. certificat médical du 1er février 2018], et que la Dre Z. _____ a postérieurement signalé une incapacité de travail complète pour la période en cause, sans limitation à un certain type d'activité [cf. certificat médical du 5 février 2018]), dite indemnisation serait donc intervenue à tort. Aussi l'intéressée ne pourrait-elle pas s'en prévaloir dans le présent contexte (cf. mémoire de recours du 22 janvier 2019 p. 3 ss et p. 8), dans la mesure où rien ne saurait empêcher l'intimée de rendre ultérieurement une décision qui soit conforme à la loi et à la jurisprudence. Tout au plus soulignera-t-on à ce égard qu'afin de pouvoir se prétendre victime d'une inégalité devant la loi, alors que celle-ci a été correctement appliquée à son cas mais pas à d'autres, encore faut-il démontrer que l'administration a fait de l'inobservation de la loi une pratique constante sur laquelle elle n'a pas l'intention de revenir (sur le principe d'égalité dans l'illégalité : cf. p. ex. ATF 139 II 49 consid. 7.1), ce qui n'est de toute évidence pas le cas en l'espèce. Finalement, il y a lieu de relever que rien dans l'entretien téléphonique du 31 mai 2018 ne garantissait à l'assurée le versement

- 25 - d'une quelconque indemnisation en cas d'échec de la reprise du travail (cf. mémoire de recours du 22 janvier 2019 p. 7). En effet, lors de cet entretien, l'intéressée a uniquement été invitée à recontacter la CNA dans les quinze jours pour le cas où ses troubles à la main droite persisteraient et l'obligeraient à consulter à nouveau. Or cette simple invitation, visant manifestement à garantir un bon suivi du dossier, n'équivaut en aucun cas à une garantie de prise en charge. c) Il résulte de ce qui précède que le refus d'indemnisation signifié par l'intimée échappe à la critique. Pour le surplus, le dossier étant complet et permettant à la Cour de céans de statuer en pleine connaissance de cause, on ne voit pas en

quoi d'autres mesures d'instruction (expertise médicale judiciaire [cf. réplique du 19 août 2019 p. 5 s. et déterminations du 2 décembre 2019 p. 2]) seraient de nature à modifier les considérations qui précèdent. Il y a donc lieu d'y renoncer, par appréciation anticipée des preuves (ATF 140 I 285 consid. 6.3.1 et 134 I 140 consid. 5.2 avec les références citées). 8. 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, 91 et 99 LPA-VD).

- 26 -

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