

VD_GERICHTE ZA20.018331 vom 28. Juni 2021

VD Tribunal cantonal, 2021-06-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.018331

FR: VD_GERICHTE ZA20.018331 du 28 juin 2021

IT: VD_GERICHTE ZA20.018331 del 28 giugno 2021

Erwägungen

E. 2

Le litige porte sur la question de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour la période postérieure au 8 août 2019, singulièrement si les lésions persistant au-delà de cette date demeurent en relation de causalité naturelle avec l'évènement accidentel du 24 mars 2018.

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. 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'évènement 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 évènement 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'évènement dommageable, associé éventuellement à

- 7 - 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'évènement 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'évènement 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. 3.2.) 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).

- 8 - d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées).

E. 4

a) 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

- 9 - 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). b) Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2 et la référence) entre seulement en considération s'il n'est pas

possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité. 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 (ATF 117 V 265 consid. 3b et les références ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.2 ; voir également ATF 139 V 176 consid. 5.2).

E. 5

Dans le cas d'espèce, il est établi que l'évènement du 24 mars 2018 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA ; l'intimée ne le conteste d'ailleurs pas. Est par contre litigieuse la question de la

- 10 - persistance, au-delà du 8 août 2019, du lien de causalité naturelle entre l'atteinte à la santé dont la recourante se plaint à l'épaule droite et l'accident assuré. Le Dr M. _____, dont l'appréciation a fondé la position de l'intimée, a estimé que tel n'est pas le cas. Ainsi qu'il le met en évidence dans son rapport du 2 octobre 2019, une lésion SLAP IIC, déchirure survenant sur fond dégénératif du labrum, a été objectivée à distance du traumatisme, étant relevé que la recourante n'a consulté pour la première fois son médecin traitant que seize mois après sa survenance. L'IRM pratiquée le 18 juillet 2019 avait également mis en évidence une tendinopathie du sus-épineux, et dans une mesure moindre, du sous-épineux, ainsi qu'une arthrose acromio-claviculaire, reflétant une problématique de surmenage. De l'avis du Dr M. _____, ces observations plaident en faveur d'une atteinte dégénérative, le lien avec l'évènement assuré étant très peu probable. Compte tenu du mécanisme de chute décrit dans la déclaration d'accident du 17 juillet 2019, et par la recourante lors de la visite du 12 septembre 2019, le choc direct sur l'épaule, sans mouvement extrême, avait tout au plus généré une contusion bénigne, ayant révélé des troubles dégénératifs sous-jacents précoces. Le statu quo sine avait été atteint au maximum trois mois après l'accident, soit le 24 juin 2018. Quant à l'origine des troubles dégénératifs, elle se trouvait vraisemblablement dans l'exercice d'activités sportives soutenues ou d'un autre type de surmenage. A cet égard, on relève que la recourante – droitière – pratique effectivement une activité physique régulière, sollicitant ses membres supérieurs. Les explications fournies par le Dr M. _____ de l'intimée quant aux causes probables de l'atteinte persistante à l'épaule droite sont ainsi convaincantes. S'il a effectivement exposé que les lésions SLAP IIC pouvaient, en théorie, survenir à la suite d'un unique traumatisme, il a exclu cette hypothèse dans le cas particulier de la recourante, au vu des éléments en sa possession. Pour le surplus, l'argumentation de la recourante repose exclusivement sur l'adage « post hoc ergo propter hoc », qui ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'évènement du 24 mars

- 11 - 2018, à l'instar des conclusions non étayées du Dr Y. _____ pour qui les lésions constatées concordent avec le traumatisme. Il ne se trouve pour le surplus aucun élément au dossier susceptible de remettre en cause la valeur probante des appréciations du Dr M. _____. Le seul fait que celui-ci n'a pas examiné ni interrogé la recourante ne saurait inverser ce constat. Il a en effet eu connaissance de l'ensemble du dossier de la recourante, ainsi qu'eu accès aux images de l'IRM réalisée le 18 juillet 2019, qu'il mentionne et

reprend en page 2 de son appréciation du 2 octobre 2019. Il a également confirmé sa position à la suite du rapport rédigé le 13 décembre 2019 par le Dr D._____. Force est ainsi de constater qu'il n'est pas possible de rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, les lésions persistant au-delà du 8 août 2019 à l'accident du 24 mars 2018. Un lien de causalité est tout au plus possible, mais pas probable au sens de la jurisprudence. C'est dès lors à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge des traitements médicaux au-delà du 8 août 2019.

E. 6

a) Cela étant, la recourante reproche à l'intimée de l'avoir informée du fait qu'elle prendrait en charge ces soins, puis d'avoir renoncé à cette prise en charge une fois les traitements entrepris. Elle ignorait ainsi, au moment où elle a décidé d'entreprendre les traitements réalisés, que les frais en résultants risquaient de ne pas être couverts par l'intimée. Ce faisant, la recourante se prévaut implicitement d'une violation du devoir de l'intimée de renseigner et de conseiller, consacré à l'art. 27 LPGA. b) L'art. 27 LPGA prévoit que les assureurs et les organes d'exécution des diverses assurances sociales sont tenus, dans les limites de leur domaine de compétence, de renseigner les personnes intéressées sur leurs droits et obligations (al. 1). Par ailleurs, chacun a le droit d'être conseillé, en principe gratuitement, sur ses droits et obligations ; sont compétents pour cela les assureurs à l'égard desquels les intéressés doivent faire valoir leurs droits ou remplir leurs obligations (al. 2).

- 12 - L'art. 27 al. 1 LPGA exige que la personne intéressée ait reçu les informations lui permettant, dans un cas particulier, d'effectuer les démarches nécessaires. Cela signifie en particulier que l'information doit porter sur les conditions d'un assujettissement à une assurance sociale, sur les modes de calcul et de fixation des contributions, sur les prestations envisageables et les conditions pour pouvoir bénéficier de telles prestations, de même que sur les règles générales de la procédure à emprunter (Guy Longchamp, in Dupont/Moser-Szeless [édit.], Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n°12 ad art. 27). Les conseils ou renseignements portent sur les faits que la personne qui a besoin de conseils doit connaître pour pouvoir correctement user de ses droits et obligations dans une situation concrète face à l'assureur. Le devoir de conseil s'étend non seulement aux circonstances de fait déterminantes, mais également aux circonstances de nature juridique ; son contenu dépend de la situation concrète dans laquelle se trouve l'assuré, telle qu'elle est reconnaissable pour l'administration (ATF 131 V 472 consid. 4.3 ; TF 9C_865/2010 du 8 juin 2011 consid. 5.1). L'obligation de conseiller n'est toutefois pas illimitée. Le Tribunal fédéral a notamment jugé que les assurés doivent solliciter les renseignements nécessaires lorsqu'ils peuvent raisonnablement penser qu'ils s'appêtent à mettre leurs droits en périls. L'assureur a certes un devoir d'anticiper les situations, mais ce devoir est limité (Longchamp op. cit., n°28 ad art. 27 et les références citées). Le défaut de renseignement dans une situation où une obligation de renseigner est prévue par la loi, ou lorsque les circonstances concrètes du cas particulier auraient commandé une information de l'assureur, est assimilé à une déclaration erronée qui peut, sous certaines conditions, obliger l'autorité à consentir à un administré un avantage auquel il n'aurait pu prétendre, en vertu du principe de la protection de la

- 13 - bonne foi découlant de l'art. 9 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 ; RS 101] ; ATF 131 V 472 consid. 5).

E. 7

En l'occurrence, on constate que l'intimée n'a pas refusé de prêter, mais a estimé que les lésions persistant au-delà du 8 août 2019 ne présentaient plus de lien de causalité naturelle avec l'évènement du 24 mars 2018. En ce sens, elle n'a pas donné de fausse indication à la recourante dans son courrier du 23 juillet 2019, au sein duquel elle a exposé intervenir à hauteur des prestations légales. De cette dernière phrase, il faut comprendre que la couverture par l'assurance-accidents se limite aux frais résultants de l'évènement assuré, ce qui ressort également de la mention suivante dudit courrier, invitant les prestataires de soins à transmettre directement les factures « concernant les frais de traitement liés à [l']accident » à l'intimée. Le courrier du 23 juillet 2019 contient ainsi une position de principe sur la couverture des suites de l'accident du 24 mars 2018, sans accord exprès pour un traitement déterminé ou indication sur la durée des prestations. Dans cette mesure, il appartenait à la recourante – dont on peut attendre qu'elle sollicite les renseignements nécessaires – de s'assurer, avant d'entreprendre toute démarche concrète, que les frais des traitements par infiltration étaient bien pris en charge par son assurance compte tenu de l'évolution de son atteinte, l'intimée ne pouvant procéder à un raisonnement prospectif à cet égard. Il s'ensuit que l'intimée n'a pas violé son devoir d'information quant à la prise en charge des frais de soins en lien avec l'accident du 24 mars 2018.

E. 8

a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2020, applicable conformément à l'art. 82a LPGA), ni d'allouer de dépens, dès lors que la recourante n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA).

- 14 -