

VD_GERICHTE ZA21.021170 vom 15. März 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-03-15, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA21.021170

FR: VD_GERICHTE ZA21.021170 du 15 mars 2022

IT: VD_GERICHTE ZA21.021170 del 15 marzo 2022

Erwägungen

E. 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 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.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à la poursuite de la prise en charge par l'assurance-accidents au-delà du 27 novembre 2020.

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,

- 16 - 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 probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

- 17 - 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 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

- 18 - 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 comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) En présence de deux versions différentes et contradictoires d'un état de fait, la préférence doit être accordée en général à celle que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations »), les

explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a ; TF 8C_238/2018 du 22 octobre 2018 consid. 6).

E. 5

Le syndrome douloureux régional complexe (SDRC), également appelé CRPS, algo(neuro)dystrophie ou maladie de Sudeck, constitue une entité associant la douleur à un ensemble de symptômes et de signes non spécifiques qui, une fois assemblés, fondent un diagnostic précis. L'International Association for the Study of Pain (IASP) a réalisé un consensus diagnostique aussi complet que possible avec la validation, en 2010, des critères dits de Budapest, à savoir : 1) Une douleur continue disproportionnée par rapport à l'événement déclenchant 2) Le patient doit rapporter au moins un symptôme dans trois des quatre catégories suivantes : - Sensorielle : hyperesthésie et/ou allodynie

- 19 - - Vasomotrice : asymétrie de la température et/ou changement/asymétrie de la coloration de la peau - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie de la sudation - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) 3) Au moment de l'examen clinique, le patient doit démontrer au moins un signe clinique dans deux des quatre catégories suivantes : - Sensorielle : hyperalgésie (à la piqure) et/ou allodynie (au toucher léger et/ou à la pression somatique profonde et/ou à la mobilisation articulaire) - Vasomotrice : asymétrie de température et/ou changement/asymétrie de coloration de la peau - Sudomotrice/œdème : œdème et/ou changement/asymétrie au niveau de la sudation - Motrice/trophique : diminution de la mobilité et/ou dysfonction motrice (faiblesse, tremblements, dystonie) et/ou changements trophiques (poils, ongles, peau) 4) Aucun autre diagnostic n'explique mieux les signes et symptômes Ces critères sont exclusivement cliniques et ne laissent que peu de place aux examens radiologiques (radiographie, scintigraphie, IRM). L'utilisation de l'imagerie fait l'objet d'une controverse dans le milieu médical, mais garde un rôle notamment dans la recherche de diagnostics différentiels, ou lorsque les signes cliniques sont discrets ou incomplets ainsi que dans certaines formes atypiques (TF 8C_416/2019 consid. 5.1 et les réf. citées, en particulier Luthi et al., Syndrome douloureux régional complexe, in Revue Médicale Suisse, 27 février 2019, p. 495 ss).

- 20 - Le SDRC appartient aux maladies neurologiques, orthopédiques et traumatologiques et constitue ainsi une atteinte à la santé physique, respectivement corporelle (cf. TF 8C_955/2008 du 29 avril 2009 consid. 6). Pour admettre un lien de causalité entre l'accident et un syndrome douloureux régional complexe, le Tribunal fédéral a considéré que trois critères cumulatifs doivent être remplis, à savoir (TF 8C_416/2019 consid. 5.2 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.2 et les références citées) : a) la preuve d'une lésion physique après un accident (p. ex. un hématome ou une enflure) ou l'apparition d'une algodystrophie à la suite d'une opération nécessitée par l'accident ; b) l'absence d'un autre facteur causal de nature non traumatique (p. ex. état après infarctus du myocarde, après une apoplexie, etc.) ; c) une courte période de latence entre l'accident et l'apparition de l'algodystrophie, soit au maximum six à huit semaines.

E. 6

a) En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme

cranio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (cf. ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc. ; TF 8C_135/2011 du

- 21 - 21 septembre 2011 consid. 3.2). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C_792/2009 du 1er février 2010 consid. 6.1 et les références citées). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b). b) Pour l'examen de la causalité adéquate en présence d'un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme cranio-cérébral, la jurisprudence distingue encore la situation dans laquelle les symptômes, qui peuvent être attribués de manière crédible au tableau clinique typique, se trouvent toujours au premier plan, de celle dans laquelle l'assuré présente des troubles psychiques qui constituent une atteinte à la santé distincte et indépendante du tableau clinique caractéristique habituellement associé aux traumatismes en cause. Dans le premier cas, cet examen se fait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme cranio-cérébral, lesquels n'opèrent pas de distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Il s'agit donc d'appliquer par analogie les critères jurisprudentiels utilisés en cas d'atteintes additionnelles à la santé psychique, mais sans distinguer entre les composantes somatiques et psychiques des lésions. Dans le second cas, il y a lieu de se fonder sur les critères applicables en cas de troubles psychiques consécutifs à un accident, c'est-à-dire en distinguant entre atteintes psychiques et physiques (ATF 134 V 109 consid. 9.5 ; 127 V 102 consid. 5b/bb et les références citées ; 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/aa).

- 22 - Dans le cadre du premier cas de figure, la méthode spécifique instaurée par la jurisprudence pour examiner le lien de causalité adéquate impose d'opérer une classification des accidents en fonction de leur degré de gravité et d'appliquer les critères objectifs – dont le Tribunal fédéral a reconnu le caractère exhaustif – formulés de la manière suivante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 6.1) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (ATF 134 V 109 consid. 10.2). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves.

Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 134 V 109 consid. 10.1 ; 129 V 402 consid. 4.4.1 ; TF 8C_892/2012 du 29 juillet 2013 consid. 3.2).

- 23 - c) L'examen de la causalité adéquate implique donc, dans un premier temps, de classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants, ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa, 403 consid. 5c/aa ; TF 8C_175/2010 du 14 février 2011 consid. 4.2 et les réf. citées).

E. 7

En l'espèce, la recourante fait valoir que l'intimée n'a pas suffisamment investigué à propos du diagnostic de SDRC. Elle lui reproche également de ne pas avoir examiné la situation sous l'angle de la jurisprudence relative au coup du lapin. A titre liminaire, il convient de relever que durant l'été 2020, la recourante s'est rendue en [...] afin d'y passer une série d'exams médicaux. Elle a fait traduire en français les rapports des différentes IRM qu'elle a obtenus, et les a fournis aux médecins qu'elle a consultés à son retour en Suisse, ainsi qu'à l'intimée. Elle a également produit la traduction d'une « fiche de consultation » établie le 23 septembre 2020 par la Dre L._____. Ce dernier document présente en premier lieu une longue liste d'atteintes, suivie de rubriques intitulées successivement « SUBJECTIF », comportant ce qui semble être la liste des plaintes de la recourante, « EXAMEN OBJECTIF NEUROLOGIQUE », « RECOMMANDATIONS / PLAN D'INVESTIGATION », avec des recommandations diététiques, comportementales ou de spécialistes à consulter, et enfin « TRAITEMENT », consistant en une liste de médicament avec la posologie. Il n'est cependant pas précisé si la liste d'atteintes du début concerne des diagnostics posés par le médecin ou ses pistes d'investigation. Par ailleurs, aucune rubrique ne contient d'anamnèse, de discussion, ni de conclusion motivée exploitable. Par conséquent, ce rapport s'avère dépourvu de toute valeur probante.

- 24 - Cela étant, il y a lieu de constater en premier lieu que la recourante ne conteste pas l'appréciation de l'intimée, selon laquelle aucune atteinte d'ordre psychique n'est en lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2019. Sur ce point, l'intimée s'est fondée sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire du 27 mai 2020. Le volet psychiatrique de l'expertise a été établi par un médecin spécialisé en psychiatrie et psychothérapie, sur la base d'un entretien avec la recourante. Son rapport, annexé à l'analyse pluridisciplinaire, comprend une anamnèse complète de l'intéressée, incluant les plaintes de celle-ci. Les conclusions, qui aboutissent en l'occurrence à l'absence de diagnostic sur le plan psychique, sont étayées. L'expertise psychiatrique est donc complète et remplit tous les réquisits de la jurisprudence en la matière. Une pleine valeur probante doit par conséquent lui être reconnue, de sorte que l'on doit retenir l'absence d'atteinte d'ordre psychique.

E. 8

a) S'agissant du SDRC ou CRPS, la recourante considère que ce diagnostic a été posé dès avril 2020 et se réfère, en particulier, aux rapports établis par le Dr T._____. En réalité, les différents médecins qui ont examiné l'intéressée ne sont pas aussi affirmatifs. Dans le rapport d'IRM du 28 février 2020, il a été exclu que la symptomatologie du bras soit liée au

rétrécissement foraminal débutant en C5-C6, à une myélopathie ou à un canal cervical étroit. Le radiologue évoquait en revanche un phénomène de Raynaud ou un tunnel carpien. Le Dr V._____ consulté en mars 2020 allait dans le même sens, face à un examen électromyographique normal en février 2020. Puis, le 23 avril 2020, le Dr H._____ a évoqué, alors que les examens cliniques étaient normaux, la possibilité d'un SDRC tout en relevant l'absence de signes objectifs de ce syndrome. Consulté le même jour, le Dr T._____ a indiqué qu'il existait des éléments minimaux pour évoquer un SDRC, « sans conviction absolue » et sans formellement le diagnostiquer. Il a ajouté que les éléments dans le sens de ce diagnostic étaient « discrets et peu nombreux » et que le diagnostic de SDRC n'apparaissait « pas complètement convaincant ». Il a cependant préconisé une prise en charge de la recourante similaire à celle qui est proposée en cas de SDRC,

- 25 - tout en observant que le séjour à la D._____ permettrait d'investiguer la problématique de manière plus approfondie. Il convient ici de relever, comme pour l'évaluation psychique, que le volet somatique de l'évaluation interdisciplinaire de la D._____ comprend une anamnèse complète de l'intéressée reprenant les plaintes de celle-ci, un examen clinique poussé et des conclusions s'appuyant sur l'ensemble du dossier, de sorte qu'elle remplit également tous les réquisits de la jurisprudence en la matière. Or, les médecins de la D._____ n'ont pas formellement diagnostiqué un SDRC de type I, puisqu'ils l'ont mentionné comme diagnostic « possible ». A l'examen clinique du bras droit, ils ont observé ce qui suit : « Mains/poignets – à l'inspection, on note une discrète tuméfaction autant palmaire que dorsale intéressant les 3e, 4e et 5e rayon à droite avec des circonférences au niveau des phalanges proximales et intermédiaires de 3 à 5 mm supérieur à droite. De même, sans que les périmètres à la hauteur des [métacarpiens] soient asymétriques, on note un empâtement du thénar et hypothéнар et de la face palmaire en regard des têtes des [métacarpo- phalangiennes]. Il n'y a pas de différence de coloration, de température au thermomètre infrarouge ni de la sudation. Au niveau des mobilités articulaires : l'enroulement des doigts est complet à gauche, à droite distance pulpes-paume 0 cm mais avec un déficit de 20 à 30° des [articulations interphalangiennes distales] qu'on arrive à enrouler complètement en passif au détriment des douleurs avec une sensation de blocage par augmentation de volume des parties molles, aux dires de la patiente. Empan à 19 cm des deux côtés. Opposition selon Kapandji 10/10 des deux côtés. Poignets F/E 80/70° des deux côtés. Prosupination 80-0-90° des deux côtés. Au testing musculaire, la force des interosseux, lombricaux, théнар, hypothéнар, fléchisseurs extenseurs du carpe est symétrique. Au testing de la sensibilité, il n'y pas d'allodynie. La patiente déclare des dysesthésies, plutôt hypoesthésie des dernières trois phalanges plutôt versant palmaire de D3 à D5, de manière tout de même difficilement reproductible. Tinel négatif au canal carpien et au coude. » Ils ont par ailleurs noté, s'agissant du pronostic médico- théorique d'une reprise professionnelle, qu'il était tributaire du possible syndrome régional complexe douloureux mais que la recourante présentait les facteurs d'évolution favorables suivants : « des symptômes encore modestes : l'absence de raideur, de franc signe vasomoteur, de kinésiophobie et en dépit d'une latéralisation à gauche des activités

- 26 - monomanuelles, une volonté d'utiliser également le membre supérieur droit dans les activités bimanuelles, absence d'allodynie et d'un trouble psychique constitué », tandis que les facteurs pouvant freiner la réinsertion professionnelle étaient les capacités fonctionnelles se situant en dessous des exigences d'un poste dans la restauration, l'incapacité cervicale ainsi que des facteurs sociaux. En d'autres termes, les médecins de la D._____ ont

observé certains éléments diagnostics du SDRC, mais pas suffisamment pour pouvoir le retenir. En regard des critères de Budapest repris par la jurisprudence en la matière, on observe en effet que, lors de son séjour à la D._____, l'assurée n'a pas rapporté au moins un symptôme dans trois des quatre catégories déterminées et que, si les experts ont bien observé un signe clinique dans deux des quatre catégories, ces signes sont décrits comme faibles. Les rapports des médecins consultés par la recourante par la suite ne remettent pas en cause les conclusions des médecins de la D._____. Ainsi, le 14 juillet 2020, le Dr X._____ prend note du fait que les plaintes de la patiente en relation avec son bras droit sont attribuées à un « possible syndrome régional douloureux complexe », mais ne se prononce pas à ce sujet. Dans son rapport du 17 juillet 2020, la Dre C._____ a également indiqué une « possible composante » de SDRC, mais il apparaît que cette médecin n'a pas eu connaissance des imageries médicales ni des rapports des spécialistes précédemment consultés par sa nouvelle patiente, de sorte qu'elle ne pouvait de toute manière pas étayer un diagnostic autrement que par les déclarations de la recourante. Dans le courant de l'été 2020, la recourante s'est rendue dans son pays d'origine, où elle a obtenu diverses imageries médicales. Or, même si l'on devait reconnaître une valeur probante au rapport établi ensuite par la Dre L._____, il faudrait relever qu'il ne contient aucune mention d'un éventuel SDRC au bras droit, tandis qu'il est constaté notamment l'absence de troubles objectifs de la sensibilité. Ce rapport n'apporte ainsi pas d'élément médical dans le sens d'un tel diagnostic. Consulté en novembre 2020, le Prof. P._____, qui a pu avoir connaissance des examens radiologiques passés par la recourante dans son pays d'origine,

- 27 - a vu peu de correspondance entre l'anamnèse, les plaintes et l'imagerie médicale, mais ne s'est pas prononcé sur un éventuel SDRC. Enfin, dans ses rapports d'avril et juillet 2021, le Dr T._____ a conclu à un « diagnostic probable » de SDRC. Outre le fait que, contrairement à ce que soutient la recourante, ce médecin n'a toujours pas formellement posé un diagnostic de SDRC, il convient de relever que le changement pour un diagnostic « probable », plutôt que « possible » précédemment, n'est pas étayé par des éléments médicaux nouveaux, mais repose uniquement sur l'absence de diagnostic différentiel « satisfaisant » et la présence de « signes cliniques objectifs ». Or, comme déjà dit, le Dr T._____ émettait des réserves sur l'existence d'un SDRC en avril 2020 en raison de signes cliniques discrets. Cependant, il a indiqué dans ses deux rapports de 2021 que le tableau clinique était « relativement similaire » à avril 2020. Plus précisément, ses constats objectifs en avril 2021 allaient plutôt dans le sens d'une amélioration, car s'il a noté une tuméfaction « un peu plus diffuse », de même que les signes de dyscoloration, en revanche il y avait eu une bonne récupération de la mobilité active des doigts même si elle n'était pas complète. Il a par ailleurs relevé dans ce même rapport que sa patiente peinait à admettre que son accident n'ait pas causé de lésion organique « plus grave » et qu'elle s'inscrivait difficilement dans la thérapie prescrite pour un SDRC, essentiellement de la physiothérapie. Cet aspect est encore plus relayé dans le rapport de juillet 2021, le médecin ayant dû expliquer à la recourante qu'il n'y avait pas d'indication à poursuivre les investigations médicales. Cela étant, ces deux rapports ne convainquent pas et semblent plutôt guidés par le souhait de répondre à la demande insistante de la recourante de se voir reconnaître une pathologie susceptible d'être mise en relation avec son accident. Ainsi, le diagnostic de SDRC ne peut être retenu sur cette seule base, de sorte qu'aucun élément d'ordre médical ne remet en question les conclusions de la D._____, qui a renoncé à poser un tel diagnostic en raison de critères insuffisants. La lecture des différents rapports précités montre par ailleurs que l'hypothèse du SDRC a été largement investiguée et qu'il n'y a pas

lieu, comme l'a souligné le Dr T. _____, de procéder à de plus amples investigations.

- 28 - b) Au demeurant, même en admettant que la recourante ait effectivement souffert d'un SDRC à la main droite, dont les premiers signes seraient apparus mi-décembre 2019, il faudrait constater que le lien de causalité avec l'accident du 26 novembre 2019 n'est pas démontré. En effet, aucune lésion physique au bras droit n'a été relevée lors de cet accident ou dans les jours suivants. La recourante n'a en effet jamais mentionné, lors des investigations médicales qu'elle a passées par la suite, que son bras droit aurait heurté quelque chose ou qu'il aurait subi un quelconque traumatisme au moment de l'impact. Lorsqu'elle a consulté, le 12 décembre 2019, elle s'est uniquement plainte de douleurs à la nuque et de céphalées et seule cette problématique a été investiguée. Le rapport de consultation établi lors de cette consultation indique, à l'anamnèse, qu'il n'y a eu ni traumatisme crânien, ni perte de conscience initiale, la recourante ayant été « juste choquée », puis qu'elle avait ressenti le lendemain des céphalées, cervicalgies et sensation d'instabilité. Il en a été de même lorsque la recourante a consulté le Dr S. _____ le 30 janvier 2020. Ce médecin a posé le diagnostic d'entorse cervicale et mentionné le status suivant : « Cervicalgie d2, Brachialgie et Troubles sensibilité main dr », mais n'a fait part d'aucune lésion ou traumatisme dans la région de la main. De même, aucun médecin consulté par la recourante n'a rapporté dans l'anamnèse que le bras droit de la recourante aurait subi une lésion ou été heurtée d'une quelconque manière au moment de la collision. L'intéressée ne l'a par ailleurs pas non plus allégué dans son recours. Dans son écriture du 10 septembre 2021 (p. 25), la recourante fait valoir que le SDRC à sa main droite serait en relation directe avec le traumatisme cervical. Cette assertion n'est toutefois fondée sur aucune base scientifique, les médecins qui ont évoqué un possible SDRC n'ayant même jamais émis de telle hypothèse. Comme l'a fait remarquer l'intimée, les jurisprudences admettant un lien entre un SDRC et un accident impliquent que la région douloureuse a directement subi un traumatisme ou été touchée d'une quelconque manière au moment de l'accident. A cet égard, on précisera s'agissant de l'arrêt TF 8C_198/2020 du 28 septembre - 29 - 2020 cité par l'intimée dans son mémoire du 12 juillet 2021 (p. 30), qu'il était en réalité question d'un SDRC au bras droit à la suite d'une fracture de ce même membre ayant nécessité une opération en juillet 2015. Le Tribunal fédéral a retenu que le SDRC avait ensuite évolué favorablement et qu'il n'avait plus été fait mention de ce trouble ou d'indices allant dans ce sens dès décembre 2016, raison pour laquelle les douleurs résiduelles ressenties au bras droit postérieurement à cette date ne pouvaient plus être mise en relation avec le SDRC, respectivement avec la fracture. Par ailleurs, dans l'arrêt TF 8C_416/2019 du 15 juillet 2020 que la recourante met en parallèle à sa situation, le lien de causalité entre l'accident et le SDRC du poignet droit avait été reconnu, notamment, parce que le poignet droit avait été écrasé durant l'accident. Aucune notion de fracture, d'écrasement, de choc ou de lésion au niveau du poignet droit de la recourante ne ressort de la description qu'elle fait de l'accident. Enfin, contrairement à ce que la recourante semble croire, l'absence de lien de causalité mise en avant par l'intimée ne résulte pas d'un éventuel délai trop long entre la survenance de l'accident et l'apparition des douleurs, mais bien du fait que l'accident n'a pas touché directement la région douloureuse. Pour être complet, on relèvera encore que, s'agissant du délai entre l'accident et l'apparition des douleurs, la recourante a omis le fait qu'elle n'a signalé aucune douleur au bras droit lorsqu'elle a consulté le 12 décembre 2019, la première mention de telles douleurs n'étant apparue qu'à la consultation du Dr S. _____ du 30 janvier 2020 ; cette question n'est toutefois pas décisive en l'occurrence.

E. 9

a) Concernant les douleurs cervicales ressenties par la recourante, l'intimée a reconnu un traumatisme cervical indirect de degré II en lien de causalité avec l'accident, mais dont l'effet a cessé après une année compte tenu d'un état antérieur dégénératif/maladif démontré à l'imagerie médicale et en l'absence de toute lésion structurelle imputable à l'accident. Ainsi, elle a constaté que le rétrécissement foraminaux C5-C6 débutant à droite était d'origine malade préexistante au traumatisme cervical et a nié la relation de causalité avec l'accident, mais a admis une simple aggravation passagère due à l'accident. La décision litigieuse reprend l'appréciation du Dr F._____. Ce médecin a opéré une synthèse

- 30 - de l'ensemble du dossier médical de l'assurée, y compris les imageries obtenues par cette dernière en [...]. Son analyse est convaincante, dès lors qu'elle est fondée sur des éléments objectifs et qu'elle n'est pas contredite par les éléments figurant au dossier. Ainsi, le scanner effectué le 12 décembre 2019 a permis d'écarter toute lésion traumatique cérébrale, fracture du crâne, du massif facial ou de la colonne cervicale. En février 2020, l'examen neurologique, comprenant un examen électrophysiologique, n'a pas mis en évidence d'atteinte radicaire C5 à T1 à droite, mais a révélé une possible irritation radicaire de type pré-ganglionnaire C6-C7. L'IRM cervicale effectué le 28 février 2020 a montré un rétrécissement foraminaux droit débutant en C5- C6, non significatif, pouvant être responsable d'un syndrome irritatif sur la racine C6 à droite. Le Dr F._____ a estimé que ce rétrécissement foraminaux était étranger à l'accident et a préconisé un assessment à la D._____. Parallèlement, la recourante a consulté successivement le Dr V._____, qui a relevé l'absence de conflit discoradicaire sur l'IRM cervicale, puis le Dr H._____, qui a confirmé l'absence de « lésion explicative » pour les douleurs au bras et ajouté qu'il y avait seulement « de très banals troubles dégénératif ». Les médecins de la D._____ ont eu connaissance des imageries et des rapports des autres spécialistes et ont conclu, après avoir procédé eux-mêmes à divers examens, au diagnostic de traumatisme cervical indirect de degré II. A cet égard, ils ont exposé ce qui suit : « L'investigation neurologique spécialisée retrouve des éléments compatibles avec un traumatisme cervical indirect le 26 novembre 2019. Les vertiges ont disparu ainsi que les troubles de la concentration. Le neurologue retrouve également des douleurs paracervicales et scapulaires d'origine musculo-tendineuse. Du reste, l'examen neurologique est strictement normal devant l'absence de signe d'une atteinte périphérique, radicaire, plexuelle ou tronculaire du membre supérieur droit. La présence d'une petite sténose foraminaux C5-C6 droite découverte à l'IRM cervicale demeure asymptomatique. » Dans son rapport du 14 juillet 2020, le Dr X._____ fait la même lecture de l'IRM du 28 février 2020, en notant qu'elle n'a révélé « que de discrets troubles dégénératifs débutants au niveau C5-C6, sans

- 31 - compression radicaire nette ». Une IRM de la colonne cervico-dorsale effectuée le 24 juillet 2020 a ensuite confirmé l'absence de fracture, de tassement vertébral ou de rétrécissement canalaire, mais montré l'existence d'une arthrose à caractère inflammatoire ainsi que plusieurs petites protrusions discales sans hernie discale ou conflit radicaire. S'agissant ensuite de l'IRM thoracique-lombaire passée par la recourante en [...], le rapport mentionne plusieurs discopathies, une petite hernie et un « débord discal circonferentiel minimum L5-S1 avec fissure annulaire fibreuse, tangente aux racines extraforaminaux L5 ». La recourante veut déduire de ce rapport d'IRM la preuve d'une lésion causée par son accident. Une telle conclusion ne ressort cependant pas dudit rapport d'IRM, ni même du

rapport de la Dre L._____. Ce dernier rapport, dont la valeur probante est de toute manière faible (cf. consid. 7 ci-dessus), mentionne une névralgie cervico-brachiale et une discopathie cervicale étagée C5-C7, sans autre commentaire quant à leur origine ou sur leur impact sur l'état de santé de la recourante, étant relevé que les observations cliniques d'ordre neurologique qui suivent sont toutes négatives (absence de signe neurologique focal, absence de signes d'irritation radiculaire). A son retour en Suisse, l'assurée a soumis ces IRM au Dr P._____, lequel a constaté une correspondance « modeste » entre l'anamnèse, les plaintes et l'imagerie, l'existence de lésions « possiblement » post-traumatiques au niveau du genou et de la cheville droite et des lésions « d'allure dégénératives relativement banales ». En définitive, la recourante remet en cause la valeur probante des rapports des Drs X._____, P._____ et F._____, soit les médecins qui évoquent clairement des atteintes dégénératives, mais n'apporte aucun élément d'ordre médical susceptible de remettre en cause leurs conclusions. Il n'en demeure pas moins que les avis du Dr F._____, lequel a également eu connaissance des imageries de [...] et a confirmé sur cette base l'existence « d'un état antérieur dégénératif/maladif du rachis cervical, thoracique (dorsal) et lombaire », sont étayés et peuvent donc être suivis. Par ailleurs, la jurisprudence, qui se fonde sur l'expérience médicale, retient qu'une aggravation post-traumatique (sans

- 32 - lésion structurelle associée) d'un état dégénératif antérieur de la colonne vertébrale auparavant asymptomatique cesse de produire ses effets en règle générale après six à neuf mois, voire au maximum après une année (TF 8C_746/2018 du 1er avril 2019 consid. 3.2 ; 8C_625/2017 du 5 avril 2018 consid. 3.2). Il n'y a ainsi pas de motif de s'écarter de l'avis du Dr F._____, qui s'inscrit dans le cadre de la jurisprudence en la matière. b) La recourante se prévaut cependant de la jurisprudence relative aux traumatismes de type « coup du lapin », faisant valoir que les douleurs cervicales et brachiales dont elle continue à souffrir ne peuvent s'expliquer que par de microlésions causées par l'accident. Il faut d'emblée constater qu'aucun rapport médical au dossier n'établit de causalité entre l'accident et l'état de santé actuel de la recourante, ni ne remet sérieusement en cause l'appréciation du médecin-conseil de l'intimée. Cela étant, il est constant que l'intéressée s'est plainte de douleurs à la nuque et aux épaules dans les 72 heures qui ont suivi l'accident, ce dont elle a fait part lors de sa première consultation, le 12 décembre 2019. Cependant, il y a lieu de relever que l'accident du 26 novembre 2019 ne peut être qualifié tout au plus que de gravité moyenne, à la limite d'un accident de peu de gravité. En effet, le constat établi après l'accident indique que la collision a eu lieu par l'arrière, à l'entrée d'un rond-point. Lors de la consultation du 12 décembre 2019, le médecin a noté que la patiente était ceinturée, que sa voiture a été projetée vers le centre du rond-point et qu'il n'y a eu ni « TC » (traumatisme crânien), ni « pdc initiale » (perte de conscience initiale), l'intéressée étant « juste choquée ». Ce n'est qu'à la consultation du Dr V._____, le 19 mars 2020, que la recourante a évoqué pour la première fois une perte de conscience de quelques secondes au moment de l'impact, puis a repris cette information dans son opposition à la décision de l'intimée et ensuite dans son recours. Elle n'a toutefois pas donné cette information au Dr H._____, consulté le 23 avril 2020, ni aux médecins qui l'ont examinée à la D._____ en mai 2020, ceux-ci ayant relevé que la recourante s'était « sentie plutôt "sonnée" ou choquée par l'accident mais il n'y a pas eu de

- 33 - perte de connaissance ni d'amnésie circonstanc[ielle] ». Il faut dès lors retenir que le choc n'a pas causé de perte de conscience et que les déclarations contraires de la recourante

sont le fruit de réflexions ultérieures. Dans ses écritures, la recourante a encore insisté sur le fait que le choc avait été violent du point de vue cinétique, du fait qu'elle était arrêtée et que l'autre véhicule roulait à 60 km/h. Cet élément n'est toutefois confirmé par aucune pièce au dossier. Au contraire, les photographies des dommages à son véhicule figurant dans le rapport d'expertise de l'assureur ne montrent pas de déformation importante de la carrosserie, ce qui plaide en faveur d'un choc modéré. L'accident n'a pas justifié l'intervention de la police et la recourante est rentrée chez elle avec son véhicule. De manière générale, le Tribunal fédéral considère qu'une collision par l'arrière alors que le véhicule est à l'arrêt devant un feu de signalisation ou un passage pour piéton constitue un accident de gravité moyenne à la limite des cas de peu de gravité (TF 8C_220/2016 du

E. 10

A titre de mesure d'instruction, la recourante a requis la mise en œuvre d'une expertise médicale judiciaire afin de déterminer si elle présente un SDRC à la main droite. A cet égard, et comme démontré plus avant, les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour des assurances sociales de renoncer à requérir un complément d'instruction sous la forme d'une telle expertise. Par conséquent, il n'y a pas lieu de donner suite à la requête de la recourante. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 144 II 427 consid. 3.1.3 ; 141 I 60 consid. 3.3 et les références citées). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d et l'arrêt cité ; TF 9C_272/2011 du 6 décembre 2011 consid. 3.1).

E. 11

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPGA), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) Lorsqu'une partie a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire, une équitable indemnité au conseil juridique désigné d'office pour la procédure est supportée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le défenseur d'office a droit au remboursement forfaitaire de ses débours et à un défraiement équitable, qui est fixé en considération de l'importance de la cause, de ses

- 36 - difficultés, de l'ampleur du travail et du temps qu'il y a consacré. Le juge apprécie l'étendue des opérations nécessaires pour la conduite du procès et applique un tarif horaire de 180 fr. s'agissant d'un avocat (art. 2 al. 1 let. a RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). Par décision de la Juge instructrice du 7 juin 2021, la recourante a été mise au bénéfice de l'assistance judiciaire et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Julien Guignard. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 8 février 2022, laquelle fait état d'un total de 39.61 heures de travail fourni. Or, certaines prestations résultant de la liste des opérations paraissent excessives. Tel est le cas de la durée de l'entretien avec la cliente, l'ouverture du dossier et étude des pièces, comptabilisées à 3 heures 30, la rédaction du recours comptée à hauteur de 15 heures et la rédaction de la réplique avec recherches comptées à raison de 10 heures, écritures auxquelles s'ajoutent des déterminations rédigées en 4 heures, ainsi que des mails et téléphones à la cliente entre le 9 et le 10 septembre 2021

totalisant près d'une heure. Par ailleurs, d'une manière générale, l'activité déployée dépasse ce qu'admet la pratique de la Cour dans l'estimation du temps objectivement requis pour le traitement de cas de ce genre eu égard à l'importance et à la complexité du litige. En définitive, le nombre d'heures nécessaires au mandat doit être ramené à 22 heures, auxquelles doit être appliqué un tarif horaire de 180 francs. S'y ajoute le forfait de 5 % du défraiement hors taxe pour les débours (art. 3bis al. 1 RAJ). Par conséquent, il convient d'arrêter l'indemnité à 4'478 fr. 15, débours et TVA compris (art. 2, 3 al. 1 et 3bis RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). La partie recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser les frais et l'indemnité provisoirement pris en charge par l'Etat dès qu'elle sera en mesure de le faire (art. 122 al. 1 et 123 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicables par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Les modalités de ce remboursement sont fixées par la Direction du recouvrement de la Direction générale des affaires

- 37 - institutionnelles et des communes (auparavant : le Service juridique et législatif ; art. 5 RAJ).

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