

VD_GERICHTE ZA22.009972 vom 22. August 2022

VD Tribunal cantonal, 2022-08-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA22.009972

FR: VD_GERICHTE ZA22.009972 du 22 août 2022

IT: VD_GERICHTE ZA22.009972 del 22 agosto 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.

- 9 -

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents en raison d'une rechute en novembre 2020 de l'accident du 3 septembre 2011.

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. La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). b) Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même affection qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_232/2019 du 26 juin 2020 consid. 3.3). 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_450/2019 du 12 mai 2020 consid. 4).

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

- 10 - 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 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). b) S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1). c) D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il

- 11 - 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). On ajoutera encore que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465 consid. 4.6 et 4.7; TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4 ; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3)

E. 5

En l'espèce, le recourant fait pour l'essentiel valoir que son état de santé s'est péjoré depuis novembre 2020 en demandant la mise en œuvre d'une expertise médicale au vu des avis divergents des médecins spécialistes figurant au dossier. A titre liminaire et s'agissant des faits retenus par l'intimée dans sa décision, on relèvera d'emblée que le dossier est

incomplet dès lors qu'il ne contient pas les rapports médicaux établis à la suite de l'accident du 3 septembre 2011. On ignore en outre si le recourant est droitier ou gaucher. Au terme de l'instruction de la rechute/séquelle tardive annoncée à l'automne 2020, l'assurance-accidents a constaté les avis divergents entre la Dre A. _____ et le Dr W. _____, tous deux spécialistes en chirurgie de la main, mais ne les a pas évalués pour en déterminer la force probante. Dans ce contexte, l'intimée a retenu que la Dre A. _____ énonçait que le mécanisme qui provoque la rupture spontanée du tendon extenseur pollicis longus est lié à une formation du cal autour du tubercule de Lister qui provoque un rétrécissement du

- 12 - troisième compartiment et ensuite une réduction de la vascularisation du tendon puis nécrose et rupture éventuelle. L'examen radiologique, quant à lui, faisait ressortir une suspicion d'une ténosynovite des extenseurs radiaux du carpe et du long extenseur du pouce à gauche. De son côté, le Dr W. _____ remettait en cause le type de coupes effectuées lors de l'examen et ne constatait pas de rétrécissement du troisième compartiment, mettant à mal le raisonnement de sa consœur. Sur la base des nouvelles coupes effectuées, le Dr W. _____ a ensuite confirmé l'absence d'éléments susceptibles de causer une contrainte mécanique de voisinage du tendon EPL (extensor pollicis longus) au niveau du poignet gauche de l'assuré. Il a également émis l'avis qu'une hypothétique sténose post-traumatique de la troisième coulisse des extenseurs du poignet gauche aurait été symptomatique dans les suites de l'accident de 2011 et n'aurait certainement pas passé inaperçu pendant une dizaine d'années. Il a ajouté enfin que les ruptures spontanées du tendon EPL sont rares mais existent tandis que les ruptures post-traumatiques après une dizaine d'années doivent encore être décrites. Au regard des constatations médicales et en application du critère de la vraisemblance prépondérante, l'intimée a tiré de cette situation la conclusion que le lien de causalité entre la rechute/séquelle tardive en 2020 (rupture spontanée du tendon extenseur pollicis longus du pouce gauche) et l'accident de 2011 n'avait pas pu être établi à suffisance de droit. Ce faisant, l'assurance n'a toutefois pas indiqué pour quels motifs médicaux objectifs elle avait écarté l'avis de la Dre A. _____ pourtant tout aussi soigneusement motivé que celui du Dr W. _____. Or, en l'occurrence, le médecin-conseil de l'assurance-accidents et le chirurgien traitant ont des prises de position quant au lien de causalité entre la nouvelle atteinte et l'accident de 2011 à ce point divergentes qu'il apparaît difficile, voire impossible, de les départager sans disposer de connaissances médicales spécialisées. En effet, on ne voit pas, dans les explications avancées de part et d'autre, de motifs reconnaissables pour le juge qui justifieraient d'écarter d'emblée un avis au profit de l'autre en raison d'une valeur probante insuffisante. On ignore

- 13 - également si l'ensemble des facteurs médicalement déterminants pour pouvoir statuer sur le cas ont effectivement été pris en compte. Aussi, dans la mesure où le cas du recourant a été réglé sans avoir recours à une expertise (les avis du Dr W. _____ ne pouvant pas être assimilés à une expertise) et où il existe bien des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin-conseil de l'assurance-accidents, on se trouve dans la situation visée par la jurisprudence qui impose de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant (cf. consid. 4c supra). Dès lors qu'il appartient en premier lieu à l'assureur-accidents de procéder à des instructions complémentaires pour établir d'office l'ensemble des faits déterminants et, le cas échéant, d'administrer les preuves nécessaires avant de rendre sa décision (conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA ; ATF 132 V 368 consid. 5 ; TF

8C_490/2021 du 11 février 2022 consid. 5.3 ; 8C_412/2019 du 9 juillet 2020 consid. 5.4 et les références), la cause sera renvoyée à l'assurance- accidents, afin qu'elle mette en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG. Cela fait, il lui appartiendra ensuite de rendre une nouvelle décision statuant sur le droit aux prestations du recourant (TF 8C_445/2021 du 14 janvier 2022 consid. 4.4).

E. 6

a) En définitive bien-fondé, le recours doit être admis, la décision sur opposition attaquée annulée et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle rende une nouvelle décision après avoir procédé à une instruction complémentaire conformément aux considérants du présent arrêt. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. fbis LPG), ni d'allouer de dépens, le recourant ayant procédé sans mandataire qualifié (ATF 127 V 205 consid. 4b).

- 14 -

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