

VD_GERICHTE ZA22.037122 vom 19. Juni 2024

VD Tribunal cantonal, 2024-06-19, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA22.037122

FR: VD_GERICHTE ZA22.037122 du 19 juin 2024

IT: VD_GERICHTE ZA22.037122 del 19 giugno 2024

Erwägungen

E. 6

août 2016 avait entraîné des douleurs chroniques de la cheville gauche suite à une fracture du talus gauche avec arthrodèse sous-astragaliennne et que, à cinq ans du traumatisme susdit, le cas était désormais stabilisé s'agissant de la fonction du membre inférieur gauche (cf. rapport d'examen final du 7 juillet 2021 p. 8 s.).

- 24 - Il convient par conséquent d'examiner si cette appréciation est mise en doute par les pièces au dossier. aa) Sur le plan strictement orthopédique, il n'est pas disputé que l'accident du 6 août 2016 a occasionné une fracture du talus gauche. Celle-ci a, dans un premier temps, été traitée conservativement au Centre hospitalier Z._____ (cf. rapports des 19 août 2016, 22 août 2016, 28 octobre 2016 et 25 janvier 2017 des médecins du Service d'orthopédie et traumatologie du Centre hospitalier Z._____) et à la Clinique C._____ (cf. rapport de synthèse du 17 mai 2017), avant une arthrodèse réalisée le 25 août 2017 par le Dr D._____. L'évolution a ensuite été décrite comme favorable (cf. rapports du Dr D._____ des 8 septembre 2017, 6 octobre 2017 et 17 janvier 2018), respectivement lentement favorable (cf. rapport du Dr D._____ du 29 novembre 2017), et, à deux ans de l'événement accidentel susdit, les options thérapeutiques ont été considérées comme épuisées sur le plan orthopédique (cf. rapport du Dr D._____ du 29 mai 2018), aucune nouvelle intervention n'ayant en particulier été proposée dans le cadre du séjour effectué à la Clinique C._____ du 29 août au 18 septembre 2018 (cf. rapport de synthèse du 14 septembre p. 5). L'évolution est par la suite demeurée stationnaire sur le plan orthopédique (cf. rapports du Dr D._____ des 6 novembre 2018 et 25 juin 2019), sans nouvelle solution à ce niveau (cf. rapport du Dr D._____ du 20 décembre 2018), suivie d'une exacerbation des douleurs (cf. rapport du 30 septembre 2019 du Dr R._____) et de la mise en évidence en octobre 2019 d'une arthrose de l'articulation talo-naviculaire (cf. rapport du Dr D._____ du 8 octobre 2019), conduisant à une ablation du matériel d'ostéosynthèse avec arthrodèse talo-naviculaire du pied gauche le 8 novembre 2019. L'évolution ultérieure s'est avérée favorable (cf. rapports du Dr D._____ des 3 décembre 2019, 7 janvier 2020, 6 février 2020 et 13 mars 2020), respectivement stationnaire (cf. rapport du Dr D._____ du 29 mai 2020), sans aucun développement médical objectif nonobstant la persistance de

- 25 - douleurs (cf. rapports du Dr D._____ des 2 décembre 2020 et mars 2022). Dès lors que les avis médicaux au dossier ne font état d'aucune mesure thérapeutique susceptible d'améliorer la situation du point de vue orthopédique mais s'accordent en revanche à décrire l'absence d'évolution significative à ce niveau, en particulier après la dernière intervention chirurgicale subie en 2019, force est d'admettre que la stabilisation de l'état de santé telle que reconnue le 7 juillet 2021 par le Dr I._____ doit à cet égard être confirmée. On soulignera au demeurant que, dans un tel contexte, la persistance de troubles

ou de douleurs de caractère chronique ne s'oppose pas à la constatation d'une stabilisation médicale (cf. dans ce sens 8C_247/2018 du 1er avril 2019 consid. 5.3 et les références citées). bb) Les appréciations médicales au dossier évoquent, en outre, une problématique de type algoneurodystrophique ou plus généralement neuropathique. On constate ainsi qu'un probable CRPS du pied et de la cheville gauches a été évoqué dès le printemps 2017 (cf. rapport du 29 mars 2017 du Dr D._____ ; cf. rapport de synthèse du 17 mai 2017 p.1 et 3 s.) et qu'ont ensuite été mentionnées des douleurs probablement d'ordre neuropathique difficilement explicables morphologiquement (cf. rapports du Dr D._____ des 20 novembre 2017, 17 janvier 2018 et 16 avril 2018). Un examen par Spect-CT réalisé le 25 avril 2018 a toutefois exclu « en principe » une réaction de Sudeck (cf. rapport du Dr D._____ du 4 mai 2018) et, après des examens supplémentaires, les douleurs du patient ont été qualifiées d'inexpliquées (cf. rapport du Dr D._____ du 29 mai 2018). Dans le cadre du second séjour de l'assuré à la Clinique C._____, une polyneuropathie axonale sensitive des membres inférieurs sans lien avec l'accident a été retenue, sur la base d'un ENMG du 7 septembre 2018, de même qu'un probable CRPS en mars 2017, au décours (cf. rapport de synthèse du 14 septembre 2018 p. 1 et 4). S'étant vu soumettre le cas, le neurologue DD._____ a nuancé les résultats de

- 26 - l'ENMG du 7 septembre 2018, réfuté une éventuelle atteinte polyneuropathique et conclu, quant à lui, à des troubles sensitivo-moteurs potentiellement déclenchés par un syndrome algoneurodystrophique mais avec actuellement un aspect très atypique évoquant d'important facteurs de surcharge (cf. rapport du 7 juin 2019). Parallèlement, le Dr D._____ a mentionné alternativement des douleurs neuropathiques, une réaction sudeckoïde chronique ou plus précisément un CRPS (cf. rapports des 6 novembre 2018, 20 décembre 2018, 11 mars 2019, 25 juin 2019, 29 mai 2020, 31 août 2020, 2 décembre 2020 et 3 mars 2022) et a pour le surplus adressé le patient à des spécialistes en anesthésiologie. Ces derniers ont, pour leur part, retenu le diagnostic de douleurs chroniques post-traumatiques secondaires à un CRPS selon les critères de Budapest (cf. rapport des Drs L._____ et T._____ du 5 octobre 2020) et ont mis en œuvre diverses mesures thérapeutiques, sans succès, avant de proposer en dernier lieu la pose d'un stimulateur médullaire tout en relevant les risques d'échec d'un tel traitement (cf. rapport du Dr T._____ des 17 mars, 9 mai et 22 novembre 2021). Procédant à une analyse globale des avis médicaux au dossier, le Dr U._____ du Centre de compétences de la CNA a dûment expliqué, dans un compte-rendu du 29 avril 2021, en quoi les diagnostics de CRPS et de douleurs neuropathiques émis par ses confrères n'étaient pas convaincants et ne pouvaient dès lors pas être suivis. A ce propos, il convient de souligner que pour la validation d'un diagnostic de CRPS, il est communément fait référence aux critères dits "de Budapest", qui sont exclusivement cliniques et associent symptômes et signes objectifs dans quatre domaines (sensoriels, vasomoteurs, sudomoteurs/oedème, moteurs/trophiques ; cf. TF 8C_234/2023 du 12 décembre 2023 et la référence citée). Or le Dr U._____ a exposé de manière détaillée, dans son appréciation du 29 avril 2021, en quoi les critères en question ne pouvaient être considérés comme réalisés sur la base des précédentes évaluations médicales, relevant en particulier l'insuffisance des constatations cliniques des médecins précédemment intervenus. Le Dr U._____ a de surcroît réfuté l'atteinte neuropathique mentionnée par le Dr D._____, en l'absence de déficit neurologique franc, et a également

- 27 - estimé que les résultats de l'ENMG du 7 septembre 2018 ne permettaient pas de conclure à une pathologie radiculaire ou tronculaire au niveau des membres inférieurs en relation avec l'accident (étant, à ce propos, relevé que les médecins de la Clinique C. _____ avaient déjà retenu une polyneuropathie sans lien avec l'accident du 6 août 2016). Il a par ailleurs relevé que l'examen conduit en novembre 2020 par la Dre EE. _____ n'avait fait que confirmer l'absence de lésion nerveuse aux membres inférieurs. Le Dr U. _____ s'est en définitive prononcé dans le sens d'un diagnostic peu spécifique de douleurs chroniques post-traumatiques et a retenu, compte tenu de l'évolution, qu'il n'y avait plus lieu d'attendre d'amélioration notable de l'état de santé sur le plan neurologique (cf. rapport du 29 avril 2021 p. 11 ss). Force est de constater que l'évaluation du Dr U. _____ se prononce de manière claire et motivée, sur la base d'une analyse minutieuse des différents avis médicaux au dossier. Son évaluation n'est de surcroît mise en doute par aucun élément concret au dossier. Partant, la Cour de céans ne voit aucune raison pertinente de s'en distancer. On notera en particulier, à cet égard, que si les rapports des Drs T. _____ et D. _____ des 9 mai 2021, 22 novembre 2021 et 3 mars 2022 sont certes postérieurs à l'évaluation du Dr U. _____, ils n'abordent toutefois aucune problématique qui aurait échappé à ce dernier médecin dans la mesure où ils ne font essentiellement que reprendre des éléments déjà mentionnés, le Dr T. _____ revenant sur les risques d'échec d'une neurostimulation et le Dr D. _____ procédant à une synthèse de la situation. Il faut par ailleurs admettre qu'au vu des paramètres défavorables relevés par le Dr T. _____ en lien avec une éventuelle neurostimulation, une telle mesure laisse tout au plus envisager une amélioration hypothétique mais non pas vraisemblable de la situation, constellation qui ne peut qu'asseoir la stabilisation de l'état de santé (cf. TF 8C_682/2021 précité, loc. cit.). Par surabondance, on notera encore qu'une analyse 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

- 28 - 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, le Dr U. _____ s'étant en particulier fondé sur les évaluations émises, après examen clinique, par les Drs D. _____, DD. _____, L. _____ et T. _____ ainsi que par les spécialistes de la Clinique C. _____. Sur le vu des éléments qui précèdent, la stabilisation de l'état de santé apparaît donc vraisemblable également sur le plan neurologique. cc) Le recourant n'émet en outre aucun grief à l'encontre de l'appréciation formulée le 30 avril 2018 par le Dr H. _____ de la CNA, considérant que les troubles signalés par le Dr K. _____ au niveau de l'articulation temporo-mandibulaires n'étaient pas en lien avec l'accident du 6 août 2016. dd) En définitive, on doit admettre que c'est à juste titre que l'intimée, aux termes de la décision sur opposition litigieuse, a considéré l'état de santé du recourant comme stabilisé sur le plan physique. Sur le vu de ce qui précède, il convient d'admettre qu'une expertise judiciaire ne serait pas de nature à modifier les considérations émises ci-dessus concernant l'aspect somatique (appréciation anticipée des preuves ; ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1). Tout au plus ajoutera-t-on, par surabondance, que quand bien même l'expertise médicale diligentée par l'OAI est absente du dossier transmis par l'intimée dans le cadre de la présente procédure judiciaire, il résulte néanmoins de la communication de cet office du 22 juin 2022 – qui figure, elle, dans le dossier fourni par la CNA – que l'exigibilité a pu être déterminée au 1er mars 2020, ce qui évoque là aussi une stabilisation de l'état de santé bien que cette question

ne revête pas la même dimension en assurance-invalidité et en assurance-accidents.

- 29 - c) Force est par ailleurs de constater que le dossier présente une composante psychique. En effet, il apparaît que le Dr A. _____ du Centre hospitalier Z. _____ a évoqué le 28 octobre 2016 un probable PTSD. Puis, le 8 décembre 2016, le Dr E. _____ a signalé un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive. Le Dr D. _____ a, quant à lui, évoqué le

E. 8

Au vu de ce qui précède, il convient de retenir que la décision attaquée repose sur des éléments insuffisants. Il se justifie donc de renvoyer le dossier à l'intimée, à qui il incombe au premier chef d'instruire (art. 43 al. 1 LPGA), afin qu'elle complète l'instruction. Dans ce contexte, il lui appartiendra notamment de déterminer – moyennant, si nécessaire, la mise en œuvre d'une expertise répondant aux exigences de l'art. 44 LPGA – l'évolution de l'état de santé psychique du recourant à la suite de l'accident du 6 août 2016, d'examiner si un éventuel diagnostic peut à cet égard être confirmé et, le cas échéant, de statuer sur le point de savoir si

- 31 - ce diagnostic est en relation de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Vu l'issue du litige, il n'y a pas lieu de statuer sur les autres griefs et réquisitions des parties.

E. 9

a) En conclusion, le recours doit être admis dans la mesure de sa recevabilité. La décision sur opposition rendue par l'intimée est annulée, la cause lui étant renvoyée pour complément d'instruction dans le sens des considérants et nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA). c) La partie recourante obtient gain de cause et a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA). Il convient d'arrêter cette indemnité à 2'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de la mettre à la charge de la partie intimée. d) La partie recourante a obtenu, au titre de l'assistance judiciaire, la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Olivier Carré. Le montant alloué au recourant à titre de dépens correspondant au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire selon le tarif (art. 2 al. 1 let. a et 3 bis al. 1 et 2 RAJ [règlement vaudois du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]), il n'y a pas lieu de fixer plus précisément l'indemnité d'office.

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