

VD_GERICHTE ZA23.021784 vom 6. Februar 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-02-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.021784

FR: VD_GERICHTE ZA23.021784 du 6 février 2025

IT: VD_GERICHTE ZA23.021784 del 6 febbraio 2025

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). 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 (art. 60 LPGA) 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.

- 11 - c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si la recourante peut prétendre à la révision de la décision du 23 mai 2017, entrée en force, singulièrement si S._____SA était fondée à refuser la prise en charge du traitement des lésions dentaires de la dent 11 (cf. factures de 171 fr., 214 fr. 20, 917 fr. 60, 634 fr. 55, 112 fr. 85, 406 fr. 80 et traitements devisés à 279 fr. et 3'400 fr.), faute de relation de causalité naturelle et adéquate entre ces lésions et l'événement du 28 janvier 2017.

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/aa) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'événement accidentel. 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 la personne assurée, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). 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 ou, le cas échéant, le juge examine en

se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être

- 12 - 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). 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). 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). bb) 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid.

E. 3.2

et la référence ; TF 8C_404/2020 du 11 juin 2021 consid. 6.2.1). cc) 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

- 13 - 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3). c/aa) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 de l'expert 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). bb) 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

- 14 - 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_615/2021 du 31 mars 2022 consid. 3.2). cc) 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 oeuvre 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; voir aussi l'arrêt 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 4

a) Selon l'art. 53 al. 1 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant. La notion de faits ou moyens de preuve nouveaux s'apprécie de la même manière en cas de révision (procédurale) d'une décision administrative (art. 53 al. 1 LPGA), de révision d'un jugement cantonal (art. 61 let. i LPGA) ou de révision d'un arrêt fondée sur l'art. 123 al. 2 let. a LTF (qui correspond à l'ancien art. 137 let. b OJ et auquel s'applique la jurisprudence rendue à propos de cette norme, cf. ATF 144 V 245 consid. 5.1). La révision suppose ainsi la réalisation de cinq conditions : 1° le requérant invoque un ou des faits ; 2° ce ou ces faits sont « pertinents », dans le sens d'importants (« erhebliche »), c'est-à-dire qu'ils sont de

- 15 - nature à modifier l'état de fait qui est à la base du jugement et à conduire à un jugement différent en fonction d'une appréciation juridique correcte ; 3° ces faits existaient déjà lorsque le jugement a été rendu: il s'agit de pseudo-nova (« unechte Noven »), c'est-à-dire de faits antérieurs au jugement ou, plus précisément, de faits qui se sont produits jusqu'au moment où, dans la procédure principale, des allégations de faits étaient encore recevables ; 5° le requérant n'a pas pu, malgré toute sa diligence, invoquer ces faits dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2 et les références). Quant aux preuves concluantes, elles supposent en bref aussi la réunion de cinq conditions: 1° elles doivent porter sur des faits antérieurs (pseudo-nova) ; 2° elles doivent être concluantes, c'est-à-dire propres à entraîner une modification du jugement dans un sens favorable au requérant ; 3° elles doivent avoir déjà existé lorsque le jugement a été rendu (plus précisément jusqu'au dernier moment où elles pouvaient encore être introduites dans la procédure principale) ; 4° elles doivent avoir été découvertes seulement après coup ; 5° le requérant n'a pas pu les invoquer, sans faute de sa part, dans la procédure précédente (ATF 143 III 272 consid. 2.2). Ce qui est décisif, c'est que le moyen de preuve ne serve pas à

l'appréciation des faits seulement, mais à l'établissement de ces derniers. Ainsi, il ne suffit pas qu'un nouveau rapport médical donne une appréciation différente des faits ; il faut bien plutôt des éléments de fait nouveaux, dont il résulte que les bases de la décision entreprise comportaient des défauts objectifs. Pour justifier la révision d'une décision, il ne suffit pas que le médecin ou l'expert tire ultérieurement, des faits connus au moment de la décision principale, d'autres conclusions que l'administration ou le tribunal. Il n'y a pas non plus motif à révision du seul fait que l'administration ou le tribunal paraît avoir mal interprété des faits connus déjà lors de la décision principale. L'appréciation inexacte doit être, bien plutôt, la conséquence de l'ignorance ou de l'absence de preuve de faits essentiels pour la décision (ATF 127 V 353 consid. 5b p. 358 et les références ; TF 8C_687/2017 du 24 octobre 2018 consid. 3).

- 16 - b) L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (art. 53 al. 2 LPGA).

E. 5

a) En l'occurrence, l'intimée est entrée en matière sur la demande de révision du 18 décembre 2020, quand bien même la recourante n'y a fait état d'aucun moyen de preuve ni faits nouveaux importants qui ne pouvaient pas être produits auparavant. Dans le rapport du 4 septembre 2020 de la Dre G._____, joint à la demande de révision du 18 décembre 2020, il est en effet fait état d'une patiente vue pour la première fois en 2018, soit postérieurement à la décision du 23 mai 2017. Les faits que cette médecin relate n'étaient donc pas connus au moment où l'intimée a rendu sa décision et ne constituent ainsi pas des faits nouveaux au sens de l'art. 53 al. 1 LPGA. b) Par ailleurs, les avis médicaux dont se prévaut la recourante ne font pas apparaître la décision du 23 mai 2017 comme manifestement erronée au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA. c) Il apparaît ainsi que les conditions d'une révision (procédurale) de la décision du 23 mai 2017, entrée en force, n'étaient, au moment de la demande, pas remplies. Quoiqu'il en soit, dans la mesure où l'intimée est entrée en matière sur cette demande et qu'elle a rendu une nouvelle décision le 4 mai 2022, confirmée sur opposition le 18 avril 2023, il y a lieu d'examiner si l'intimée était fondée à refuser la prise en charge des traitements facturés et devisés dans la procédure initiée en décembre 2020.

E. 6

a) En l'occurrence, il est constant que l'intimée a admis, en janvier 2017, que la recourante avait été victime d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Ce point n'a pas à être réexaminé à ce stade. L'intimée a toutefois, par décision du 23 mai 2017 entrée en force, refusé de prester,

- 17 - au motif que la relation de causalité entre les dégâts constatés sur la dent

E. 11

et le traumatisme de 2017 était exclue. L'avis de la Dre G._____, qui a quelque peu varié au fil des années et qui repose sur des rapports peu motivés, ne permet ainsi pas de remettre en doute l'appréciation des médecins-dentistes-conseils de l'intimée. Quant au Dr M._____, il s'est contenté d'établir un devis, le 28 mai 2021, dont on ne peut rien déduire s'agissant de la nature, post-

- 21 - traumatique ou non, des atteintes de la dent 11 de la recourante. Son appréciation doit donc d'emblée être écartée. e) En définitive, l'intimée était fondée, sur la base des avis concordants et probants des Drs E._____, V._____ et H._____, à retenir que la lésion de la dent 11 de la recourante et les complications qui s'en sont suivies en 2018, n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident du 28 janvier 2017. C'est donc à bon droit qu'elle a refusé toute prise en charge des frais de traitements intervenus postérieurement à cet évènement. 7. a) Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision entreprise 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 recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). c) La recourante est au bénéfice de l'assistance judiciaire et s'est vu désigner un conseil d'office par décision du 24 juillet 2023. Me Métille peut ainsi prétendre une équitable indemnité pour son mandat d'office. Cette indemnité doit être fixée eu égard aux opérations nécessaires pour la conduite du procès, et en considération de l'importance de la cause, de ses difficultés, de l'ampleur du travail et du temps consacré par le conseil juridique commis d'office (cf. art. 2 al. 1 RAJ). En l'espèce, selon la liste des opérations datée du 14 octobre 2024, Me Métille a chiffré à 14 heures et 5 minutes le temps consacré au dossier de la recourante, soit 13 heures et 20 minutes au tarif d'avocat et 45 minutes au tarif d'avocat-stagiaire. Or, si les opérations futures comptabilisées à titre indicatif en date du 14 mars 2025, à hauteur de 1 heure et 15 minutes, peuvent être acceptées, les opérations postérieures ne sauraient être retenues. Les opérations admises couvrent en effet, en sus de l'examen du présent arrêt, un entretien téléphonique et un courriel à l'assuré. Les courriels subséquents ne se justifient pas, tout comme le courrier à S._____SA dont l'objet est le paiement des dépens. A cet

- 22 - égard, il convient de retrancher 40 minutes. En outre, il y a lieu de retrancher le temps consacré à l'envoi de la liste d'opérations, par 20 minutes, le 14 octobre 2024 (JdT 2017 III 59 ; CASSO AI 295/22 - 233/2023 du 28 août 2023). Le temps dévolu à l'opération « reprise et finalisation projet, bordereau et envoi » du 9 juillet 2024, soit 30 minutes, doit également être retranché, dans la mesure où une durée de 2h45 a déjà été comptabilisée pour la rédaction de la réplique, ce qui est largement suffisant compte tenu de la complexité relative du litige. Partant, le temps admis s'élève à 11 heures et 50 minutes pour les opérations réalisées par Me Métille et à 45 minutes pour celles réalisées par l'avocat-stagiaire, ce qui est conséquent dans la mesure où l'avocat d'office s'est limité au dépôt d'une réplique. Ces opérations seront indemnisées à hauteur de 2'130 fr. et 82 fr. 50 ([11h50 x 180] + [45 min. x 110]). Il convient encore d'appliquer le forfait de 5 % du défraiment hors taxe, soit 110 fr. 60 ([11h50 x 180] + [45 min. x 110] x 5%) (art. 3bis al. 1 RAJ [règlement cantonal du 7 décembre 2010 sur l'assistance judiciaire en matière civile ; BLV 211.02.3]). A cela s'ajoute la TVA par 178 fr. 55 ([27 fr. 50 x 7,7%] + [55 fr. x 8,1%] + [135 fr. x 7,7%] + [1'995 fr. x. 8,1%]). En définitive, l'indemnité de Me Métille est arrêtée à 2'501 fr. 65 (2'130 fr. + 82 fr. 50 + 110 fr. 60 + 178 fr. 55), débours et TVA compris. La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement assumée par le canton (art. 122 al. 1 let. a CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). La recourante est rendue attentive au fait qu'elle devra rembourser l'indemnité provisoirement prise 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 institutionnelles et des communes (art. 5 RAJ). Par ces motifs,

- 23 - la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision rendue le 18 avril 2023 par S. _____SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. IV. L'indemnité d'office de Me David Métille, conseil de la recourante, est arrêtée à 2'501 fr. 65 (deux mille cinq cent un francs et soixante-cinq centimes), débours et TVA compris. V. La bénéficiaire de l'assistance judiciaire est, dans la mesure de l'art. 123 CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD, tenue au remboursement de l'indemnité du conseil d'office mise provisoirement à la charge de l'Etat. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - Me David Métille (pour la recourante), - S. _____SAA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies.

- 24 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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