

VD_GERICHTE ZA24.039763 vom 28. Juli 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-07-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.039763

FR: VD_GERICHTE ZA24.039763 du 28 juillet 2025

IT: VD_GERICHTE ZA24.039763 del 28 luglio 2025

Erwägungen

E. 22

décembre 2023 pour la prise en charge d'une pulpite nécrotique de l'index droit. Il précisait que le patient aurait présenté une plaie pulpo- ulnaire le 13 décembre 2023 au travail, de mauvaise évolution, et qu'il souffrait d'un panaris d'évolution défavorable avec écoulement purulent et péjoration du statut local. La décision avait alors été prise, lors de l'examen du 27 décembre 2023, de réaliser une amputation. Le Dr B. _____ faisait encore état de la présence d'une infection profonde pulpaire avec nécrose au niveau de l'index de la main droite, à *Streptococcus anginosus*, la microbiologie étant revenue positive pour cette bactérie. Une consultation de suivi a eu lieu le 11 janvier 2024. Dans une lettre de sortie du 12 janvier 2024, le Dr N. _____ a rappelé le diagnostic de nécrose infectieuse de la pulpe radiale de l'index droit à *Streptococcus anginosus* et indiqué que le patient avait pu rentrer à domicile le 29 décembre 2023, après une évolution clinique post- opératoire favorable. Il précisait, dans la rubrique « rappel anamnestique » que le patient avait présenté un panaris de la pulpe radiale de son index droit à la suite d'une plaie sur son lieu de travail.

M. _____ SA a soumis le cas de l'assuré à son médecin- conseil, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie, qui a conclu, au terme d'un avis du 19 janvier 2024, qu'il n'était pas vraisemblable que les atteintes à l'index droit soient en relation de causalité, dans le sens d'une cause unique ou au moins d'une cause partielle, avec l'événement du 13 décembre 2023. Il mentionnait qu'il était impossible que l'assuré se soit coupé à l'index droit en tant que droitier, précisant que la bactérie *Streptococcus anginosus*, détectée chez lui, colonisait entre autres les voies respiratoires.

- 4 - Dans un nouvel avis du 29 janvier 2024, le Dr J. _____ a rappelé que les troubles de la santé présentés par l'assuré n'étaient pas en relation de causalité vraisemblable avec l'événement du 13 décembre 2023 dans le sens d'une cause unique ou au moins d'une cause partielle. Il précisait qu'une incapacité de travail totale pouvait être admise du 15 décembre 2023 au 11 février 2024 en tant que maladie. Par courrier du 30 janvier 2024,

M. _____ SA a informé l'assuré qu'à partir du 11 février 2024, le trouble qu'il présentait à l'index droit n'était, de l'avis de son médecin-conseil, plus la conséquence de l'accident et qu'elle n'était ainsi plus tenue de verser des prestations à compter de cette date. Elle recommandait à l'assuré de s'adresser à son assureur-maladie pour faire valoir son droit à des prestations à partir du 11 février 2024. Après avoir à nouveau soumis le cas de l'assuré à son médecin-conseil, M. _____ SA a, par courrier du 16 février 2024, informé l'assuré qu'il ne lui incombait pas de prendre en charge son cas et qu'elle se voyait dès lors contrainte de demander la restitution des prestations versées à tort pour la période allant du 15 décembre 2023 au 11 février 2024, correspondant à 8'205 fr. 60 auprès de l'assuré, et 1'709 fr. 50, auprès de l'employeur. Par courrier du 21 février 2024, l'assuré a contesté la position de M. _____ SA, en expliquant qu'au moment du sinistre, il était en train de

travailler des légumes de ses deux mains et que c'est en effectuant ces gestes que son index droit avait heurté un couteau situé sur le plan de travail, provoquant une piqûre/coupure à ce doigt, à l'origine du panaris ayant ensuite nécessité l'amputation. Il indiquait en outre n'avoir présenté aucun symptôme lié à la présence d'un panaris avant l'évènement du 13 décembre 2023. Avec un courrier du 9 mars 2024 adressé à M. _____ SA, l'assuré a fourni un rapport du 27 février 2024 du Dr N. _____, dans

- 5 - lequel celui-ci précisait qu'à son avis, il y avait eu un traumatisme initial avec une plaie le 13 décembre 2023 de mauvaise évolution, laquelle avait été drainée à plusieurs reprises dans le contexte d'une surinfection. D'après lui, le diagnostic de panaris (ou paronychie) qui tomberait effectivement sous le coup de l'assurance-maladie, n'était pas approprié dans le cas de l'assuré. Dans un avis du 13 mars 2024, le Dr J. _____ a expliqué que ce qui était déterminant pour une appréciation de la causalité, c'étaient les indications fournies en temps réel – dans la situation de l'assuré, celles du 15 décembre 2023 – au premier médecin traitant. Il a relevé qu'aucune coupure n'était décrite dans le rapport du 15 décembre 2023 du Dr K. _____ et a rappelé que la bactérie *Streptococcus anginosus* détectée chez l'assuré colonisait entre autres les voies respiratoires. Une contamination par des légumes en cas de coupure éventuelle avec un couteau était donc exclue du point de vue infectiologique. Par décision du 4 avril 2024, M. _____ SA a confirmé son refus de prendre en charge les suites de l'évènement survenu le 13 décembre 2023, au motif que le lien de causalité entre les troubles invoqués à l'index droit et l'évènement en question n'était pas établi au degré de la vraisemblance prépondérante. Une copie de cette décision a été envoyée à Y. _____ SA (ci-après : [...]), assureur-maladie de l'assuré, pour information. Par courrier du 11 avril 2024, Y. _____ SA a formé une opposition de principe à la décision du 4 avril 2024, dans l'attente d'être en possession du dossier constitué auprès de M. _____ SA et de pouvoir se prononcer en toute connaissance de cause. Elle a ensuite retiré son opposition le 1er mai 2024, compte tenu des éléments figurant dans le dossier en question, et reconnu son obligation de prester dans le cas de l'assuré. Le 29 avril 2024, l'assuré s'est opposé à la décision du 4 avril 2024, en invoquant, en substance, que, lors de sa première consultation, il

- 6 - avait bien indiqué qu'il s'était blessé avec un couteau en manipulant du poisson et des légumes et qu'il n'avait pas changé de version. Il s'est essentiellement fondé sur l'avis du Dr N. _____ (rapport du 12 janvier 2024) et a soutenu que la survenance d'un évènement extraordinaire était attestée tant dans l'anamnèse réalisée par les Etablissements hospitaliers O. _____ (rapport du 15 décembre 2023) que dans celle décrite par le Centre hospitalier F. _____ (rapport du 27 février 2024). Il a estimé que l'existence d'un lien de causalité, au degré de la vraisemblance prépondérante, entre l'infection constatée et l'évènement du 13 décembre 2023 était établie et a ainsi conclu à la prise en charge de son cas par l'assureur-accidents. Par décision sur opposition du 4 juillet 2024, M. _____ SA a rejeté l'opposition de l'assuré. Elle a, en substance, retenu que l'évènement du 13 décembre 2023 ne pouvait être qualifié d'accident, compte tenu des circonstances entourant cet évènement, des déclarations de l'assuré ainsi que des constatations médicales faites après cet évènement. Elle a en outre rappelé que l'assureur-maladie avait reconnu ses obligations légales et pris en charge le cas. B. Par acte du 4 septembre 2024, W. _____, assisté de Christophe Savoy, agent d'affaire breveté, a recouru auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal contre la décision sur opposition précitée, en concluant à son annulation, la prise en charge sous l'angle de l'assurance-accidents étant admise. Le

recourant a repris, mot pour mot, les mêmes arguments que ceux invoqués dans son opposition du 29 avril 2024. Dans sa réponse du 15 novembre 2024, l'intimée, assistée de Me Séverine Berger, a conclu au rejet du recours. Elle a relevé que les premières déclarations du recourant ne permettaient pas de retenir un accident, dans la mesure où celui-ci n'avait fait état, à ce moment-là, que d'une hypothèse vague de coupure, qui n'avait pas pu être étayée médicalement. Par ailleurs, le diagnostic de panaris, posé lors de la consultation en urgence du 15 décembre 2023, avait été repris dans les différents documents du Centre hospitalier F._____, y compris par le Dr

- 7 - N._____, et la symptomatologie présentée par le recourant correspondait à ce diagnostic, lequel pouvait être possiblement la conséquence d'une irritation chronique due à de l'eau ou à un détergent. Le diagnostic en question n'avait pas été sérieusement mis en doute par le rapport du 27 février 2024 – aucunement motivé – du Dr N._____, produit par le recourant dans le but de contester le refus de prise en charge de l'intimée. E n d r o i t : 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, compte tenu des fêtes estivales (art. 38 al. 4 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. 2. Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assureur-accidents, plus particulièrement sur le point de savoir si les atteintes subies à son index droit découlent d'un accident ou relèvent d'une maladie. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

- 8 - b/aa) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (TF 8C_438/2024 du 18 mars 2025 consid. 3.1 ; ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4). bb) Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 142 V 219 consid. 4.3.2 ; 139 V 327 consid. 3.3.1 ; pour une casuistique : TF 8C_235/2018 du 16 avril 2019 consid. 6.2). La cause extérieure peut être d'origine mécanique (un choc, une chute, etc.), électrique (une électrocution, par exemple), chimique (l'émanation de vapeurs toxiques, par exemple), thermique (une explosion, une brûlure provoquée par de l'eau bouillante ou des jets de vapeur, etc.) ou encore ionisante (des radiations, par exemple ; ATF 150 V 229 consid. 4.4.1 ; TF 8C_337/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4). Par ailleurs, le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur

extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 150 V 229 consid. 4.1.1 ; 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; Stéphanie Perrenoud, in : Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, Bâle 2018, n° 25 ad art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien

- 9 - représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922). cc) Au sujet de la preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'une personne assurée sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de la personne assurée soient contradictoires entre elles (TF 8C_438/2024 précité, consid. 3.4 et les références citées). En pareilles circonstances, la préférence doit être accordée en général à la version que la personne assurée a donnée alors qu'elle en ignorait peut-être les conséquences juridiques (règle dite des « premières déclarations » ou des « déclarations de la première heure »), les explications nouvelles pouvant être consciemment ou non le fruit de réflexions ultérieures (ATF 143 V 168 consid. 5.2.2 ; 142 V 590 consid. 5.2 ; 121 V 45 consid. 2a). 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,

- 10 - 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). b) 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_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; TF 8C_565/2008 du

E. 27

février 2024. L'intimée, pour sa part, relève que le recourant a souffert d'un panaris et que le rapport relatif à la consultation aux urgences des Etablissements hospitaliers O._____

le 15 décembre 2023 ne fait pas état d'une coupure mais d'une affection cutanée due à une bactérie (*Streptococcus anginosus*). L'atteinte subie par le recourant étant d'origine malade, l'intimée n'avait pas à prester en sa faveur. En l'occurrence, l'intimée a adopté une position quelque peu équivoque puisqu'elle a tout d'abord presté durant deux mois, ne remettant pas en cause l'existence d'un événement accidentel survenu le 13 décembre 2023, et indiqué à l'assuré qu'elle cesserait le versement de ses prestations au 11 février 2024, faute de lien de causalité entre cet événement et les atteintes que celui-ci présentait à l'index droit (cf. courrier du 30 janvier 2024). Par la suite, elle a demandé à l'assuré la restitution des prestations versées à tort (cf. courrier du 16 février 2024), estimant qu'il ne lui incombait pas de prendre en charge son cas. Elle a confirmé sa position dans la décision du 4 avril 2024, indiquant toutefois comme motif de refus de prise en charge des atteintes à l'index droit du recourant l'absence de lien de causalité entre ces troubles et l'événement annoncé par celui-ci. Ce n'est qu'après que l'assurance-maladie a reconnu son obligation de prester (cf. courrier du 1er mai 2024) que l'intimée a

- 12 - clarifié sa position dans la décision sur opposition du 4 juillet 2024, en indiquant qu'il n'était pas établi, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, l'existence d'une piqûre ou coupure avec un couteau et donc l'existence même d'un événement accidentel. Dans ce contexte, il s'agit bien, en l'espèce, de déterminer si l'événement tel que décrit par le recourant est survenu et donc s'il existe un accident au sens des art. 6 al. 1 LAA et 4 LPGA.

b) Selon le rapport établi le 15 décembre 2023 par le Dr K. _____, le motif de la consultation aux urgences des Etablissements hospitaliers O. _____ était une affection cutanée et le diagnostic posé était un panaris à l'index de la main droite. Lors de son examen, le médecin a noté que la phalange distale de l'index de la main droite était rouge et chaude avec « collection en regard de l'ongle » et relevé l'absence de corps étranger et d'ostéite. Le Dr K. _____ a procédé à l'excision du panaris et à l'exérèse du bord latéral de l'ongle sur 2 mm d'épaisseur. Il ne ressort pas de ce rapport que le médecin consulté ait constaté une quelconque coupure ou piqûre. Par ailleurs, le motif de la consultation ainsi que le diagnostic plaident en faveur d'une origine malade de l'atteinte subie par le recourant, tout comme la localisation de l'atteinte (en regard de l'ongle), typique d'un panaris, comme l'a, à juste titre, relevé l'intimée dans sa décision sur opposition. A cet égard, le Dr N. _____ a également retenu le diagnostic de panaris dans ses rapports des 11 et 12 janvier 2024, dont il admet lui-même qu'il relève de la maladie et non de l'accident (rapport du 27 février 2024). Si l'extrait du dossier patient du Centre hospitalier F. _____ fait état, dans l'anamnèse d'« une plaie pulpo-ulnaire le 13.12.24 au travail (cuisinier) » et les rapports du Dr N. _____ des 11 et 12 janvier 2024 d'un « panaris de la pulpe radiale de son index droit suite à une plaie sur son lieu de travail », ils ne font que reprendre l'indication figurant dans l'anamnèse du rapport du 15 décembre 2023 – selon laquelle le recourant avait indiqué s'être « potentiellement coupé avec un couteau » « il y a quelque temps » – et n'apportent aucun élément objectif ou factuel permettant d'étayer la thèse d'une coupure. En outre, il apparaît

- 13 - contradictoire de retenir, d'une part, le diagnostic de panaris, qui, comme l'admet le Dr N. _____, est d'origine malade, et d'autre part, une origine accidentelle à l'atteinte subie par le recourant. Si le Dr N. _____ a noté, dans son rapport du 27 février 2024, qu'il fallait retenir un traumatisme initial avec une plaie de mauvaise évolution et que le diagnostic de panaris/paronychie ne serait pas approprié, il ne motive aucunement cette affirmation, ni ne fait état d'élément objectif qui permettrait d'expliquer sa nouvelle

appréciation. C'est le lieu de souligner que, selon le rapport précité, la consultation du recourant auprès du Dr N. _____ le 27 février 2024 était motivée par le refus de prise en charge par l'assureur-accidents, étant rappelé en outre que le médecin précité est le médecin traitant du recourant, si bien que le rapport de confiance le liant à son patient le place dans une position délicate pour constater des faits sur le plan assécurologique. Au demeurant, l'infection subie par le recourant a été causée par la bactérie *Streptococcus anginosus*. Or, comme cela ressort du rapport du 13 mars 2024 du Dr J. _____, cette bactérie colonise notamment les voies respiratoires et une contamination par les légumes est donc exclue du point de vue infectiologique. Ainsi, comme l'a souligné l'intimée dans sa décision sur opposition, la bactérie à l'origine de l'infection du recourant se trouve dans la cavité orale, les voies respiratoires supérieures et sur la peau et n'est pas typiquement associée à des infections provenant de sources externes (comme les légumes en l'occurrence). c) S'agissant des déclarations du recourant, il est certes mentionné, dans l'anamnèse du rapport médical du 15 décembre 2023, que le recourant avait « dit potentiellement s'être coupé avec un couteau il y a quelques temps ». Cette déclaration, pourtant faite trois jours après la prétendue coupure, apparaît bien vague, notamment temporellement, par rapport à la description faite, plusieurs mois après les événements, dans le courrier du 21 février 2024, selon laquelle le recourant se serait coupé/piqué le 13 décembre 2023, en manipulant des légumes – auxquels du poisson est venu s'ajouter dans son opposition du 29 avril 2024 – alors

- 14 - qu'il avait posé le couteau sur le plan de travail à plat, ces explications étant, au demeurant, postérieures à la remarque du Dr J. _____ (cf. rapport du 19 janvier 2024) quant à l'incohérence d'une coupure de la main droite pour un droitier. En outre, comme le relève l'intimée, la description de la manière dont le recourant se serait coupé apparaît peu plausible au regard de la position du couteau, à plat. Conformément à la jurisprudence constante, il y a lieu de retenir les premières déclarations du recourant, à savoir celles du 15 décembre 2023. Or, on comprend que, lorsque le recourant a déclaré s'être « potentiellement » coupé « il y a quelques temps », il a formulé une simple hypothèse pour tenter d'expliquer l'infection de son doigt. d) Au vu de l'ensemble de ce qui précède – en particulier des premières déclarations du recourant, de l'absence de constat d'une quelconque coupure par le premier médecin consulté et du diagnostic posé par les différents médecins – il y a lieu de retenir que les atteintes dont a souffert le recourant à son index droit sont d'origine malade et non accidentelle. Par conséquent, en l'absence d'une cause extérieure extraordinaire, et partant, d'un accident au sens des art. 6 al. 1 LAA et 4 LPGA, c'est à juste titre que l'intimée, en sa qualité d'assureur-accidents, a refusé de prendre en charge les suites des atteintes subies par le recourant à son index droit. Il incombe ainsi à l'assureur-maladie du recourant de prêter, ce que cet assureur a du reste admis (cf. courrier du 1er mai 2024). On notera encore, à toutes fins utiles, que l'intimée a déclaré renoncer à sa demande de remboursement des prestations versées à tort à l'égard du recourant, au vu de sa situation financière. 7. Compte tenu de ce qui précède, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de

- 15 - cause (art. 61 let. g LPGA). L'intimée n'a pas non plus droit à des dépens en sa qualité d'assureur social (ATF 128 V 323).

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