

VD_GERICHTE ZA24.042421 vom 1. Mai 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-05-01, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA24.042421

FR: VD_GERICHTE ZA24.042421 du 1 mai 2025

IT: VD_GERICHTE ZA24.042421 del 1 maggio 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 [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]), compte tenu du domicile dans le canton de Vaud de son employeur (art. 58 al. 2 LPGA), et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

E. 2

a) En procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. La décision détermine ainsi l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. Si aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé. Dans le même sens, les conclusions qui vont au-delà de l'objet de la contestation, tel que défini par la décision litigieuse, sont en principe irrecevables (ATF 144 II 359 consid. 4.3; 142 I 155 consid. 4.4.2 ; 134 V 418 consid. 5.2.1). b) En l'occurrence, dans sa décision sur opposition du 14 août 2024, l'intimée a confirmé la fin du versement en faveur du recourant de

- 8 - ses prestations en date du 1er juillet 2024 pour les suites de l'événement survenu le 29 août 2023. La présente procédure n'est pas le lieu pour examiner le droit du recourant à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, respectivement une rente de l'assurance-accidents, ou des prétentions en réparation d'un éventuel préjudice moral (cf. déterminations du 21 février 2025). De telles conclusions vont au-delà de l'objet de la contestation tel que défini par la décision sur opposition attaquée, et sont donc irrecevables. Cela étant précisé, le litige porte en l'espèce sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents des suites de l'événement du 29 août 2023 pour la période postérieure au 1er juillet 2024.

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).

- 9 - 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 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. 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

- 10 - 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références ; TF 8C_733/2020 du 28 octobre 2021 consid. 3.3).

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 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).

- 11 - 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_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_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères : s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires. En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'art. 44 LPGA (ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4 ; TF 8C_673/2020 du 25 juin 2021 consid. 3.5). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées).

- 12 -

E. 5

a) En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident du 29 août 2023 au 1er juillet 2024, au motif que ses troubles au poignet droit n'étaient, au-delà de cette date, plus en lien de causalité naturelle avec cet

évènement. La CNA s'est fondée sur l'appréciation du 18 juin 2024 du Dr B. _____ pour nier le droit du recourant aux prestations postérieurement au 1er juillet 2024. Le recourant conteste cette appréciation, en se prévalant pour l'essentiel des rapports de ses médecins. b) Dans son rapport du 18 juin 2024, le Dr B. _____ a considéré, en s'appuyant sur les rapports de radiographie et scanner du 8 décembre 2023, que l'assuré présentait des remaniements dégénératifs radio-carpien et radio-ulnaire distale, ainsi qu'un diastasis scapho-lunaire et qu'il n'y avait pas d'argument pour une lésion osseuse traumatique ou ligamentaire récente. L'accident du 29 août 2023 n'avait pas occasionné de lésion structurelle mais avait entraîné une aggravation aiguë transitoire d'un état dégénératif évolué et avait, d'après l'expérience médicale, cessé de déployer ses effets délétères à trois mois. La Dre R. _____, dans son rapport du 13 juin 2024, ne fait état que d'arthrose radiocarpienne avec ossification secondaire volumineuse. Elle note par ailleurs que les douleurs radiocarpiales sur le bord radial du poignet droit, évoluaient depuis environ deux ans. Cette médecin ne se prononce aucunement sur la question de la nature dégénérative ou traumatique des atteintes qu'elle constate, pas plus que sur celle du lien de causalité avec l'accident du 29 août 2023. Ce rapport ne permet pas d'invalider les conclusions du médecin-conseil de la CNA. Il en va de même des certificats d'incapacité de travail établis par le Dr Z. _____, qui ne sont pas motivés.

- 13 - Avec son recours, le recourant a produit un rapport du 25 juin 2024 du Dr F. _____ dans lequel celui-ci fait état de douleurs en lien avec une arthrose radio-scaphoïdienne sur un scaphoïde modifié et « probablement post-traumatique » associé à une arthrose intra-carpienne entre le semi-lunaire et le grand-os. Or la seule mention du terme « post-traumatique » ne suffit pas à établir un lien entre un événement accidentel et une atteinte. L'utilisation de ce terme dans le langage médical n'est en effet pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme. Cette expression est aussi souvent utilisée pour décrire une chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est constatée après un traumatisme. Dans ce contexte, il convient d'examiner dans chaque cas d'espèce le sens à donner au terme « post- traumatique » (TF 8C_108/2020 du 22 décembre 2020 consid. 4.4.5 ; 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 et les références citées). En l'occurrence, le Dr F. _____ ne précise pas s'il fait état, par cette formulation, d'un rapport de causalité avec l'accident du 29 août 2023 ou s'il indique simplement que les atteintes constatées sont apparues postérieurement à cet évènement. Quoiqu'il en soit, il ne motive pas les raisons pour lesquelles il constaterait un éventuel rapport de causalité. Dès lors, le rapport de ce médecin ne permet pas de retenir l'existence d'un lien de causalité entre les troubles persistants du recourant et l'évènement du 29 août 2023 et ne contient aucun autre élément qui permettrait de mettre en doute les conclusions du Dr B. _____, lequel s'est, au demeurant, prononcé à nouveau après avoir pris connaissance de l'avis du Dr F. _____ et a confirmé ses conclusions. Ainsi, en l'absence de lésion osseuse traumatique ou ligamentaire récente visible à l'imagerie du

E. 8

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté dans la mesure de sa recevabilité et la décision attaquée confirmée. b) 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 cause (art. 61 let. g LPGA).

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