

VS_GERICHTE S2 21 123 vom 27. September 2023

VS Kantonsgericht, 2023-09-27, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 21 123](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_21_123)

FR: VS_GERICHTE S2 21 123 du 27 septembre 2023

IT: VS_GERICHTE S2 21 123 del 27 settembre 2023

Regeste

S2 21 123 ARRET DU 27 SEPTEMBRE 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Anaïs Mottiez, greffière en la cause X _____, recourante contre HELSANA ACCIDENTS SA, intimée (art. 6 LAA, causalité naturelle)

Erwägungen

E. 1.1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément.

- 7 - Remis à la poste le 29 novembre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 1er novembre précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA), et devant la Cour de céans, compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

E. 2.1

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de l'assurance-accidents en lien avec ses troubles au niveau de ses prothèses mammaires.

E. 2.2

Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie.

E. 2.3

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 ; 129 V 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se

- 8 - recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 5d/bb). En vertu de l'article 36 alinéa 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (*statu quo ante* ou *statu quo sine*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références). 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 ; arrêt 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 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. 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 ; arrêt 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3). De plus, le Tribunal fédéral a eu plusieurs fois l'occasion de rappeler que l'utilisation du terme « post-traumatique » n'est 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 survenue après un traumatisme. Il convient dès lors d'examiner dans quel sens l'expression est utilisée eu

- 9 - égard aux circonstances du cas concret (arrêts 8C_650/2019 du 7 septembre 2020 consid. 4.3.3 ; 8C_555/2018 du 17 octobre 2018 consid. 4.1.1 ; 8C_856/2017 du 2 mai

E. 2.4

Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a). L'autorité compétente 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 (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid. 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 précité consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 précité consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt

- 10 - 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, 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 (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.4). 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'article 44 LPGa (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). Par ailleurs, le juge doit avoir égard au fait que la relation de confiance unissant un patient à son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci; cela ne justifie cependant pas en soi d'évincer tous les avis émanant des médecins traitants. Il faut effectuer une appréciation globale de la valeur probante du rapport du médecin traitant au regard des autres pièces médicales (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc; arrêt

9C_12/2012 du 20 juillet 2012 consid. 7.1) Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345).

E. 2.5

Enfin, en présence de déclarations contradictoires de l'assuré au sujet du déroulement de l'accident, il convient de se référer à la maxime probatoire selon laquelle les «déclarations dites de la première heure» faites spontanément sont en principe plus impartiales et crédibles que des indications livrées postérieurement qui, consciemment ou inconsciemment, peuvent être influencées par des considérations ultérieures d'ordre

- 11 - asséculoologique notamment. Lorsque l'assuré change de version au fil du temps, il s'impose d'accorder plus de poids aux informations données peu après l'accident qu'aux renseignements fournis après que l'assureur a prononcé le refus de la prise en charge du cas (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références).

E. 2.6

En l'espèce, il convient d'examiner si Helsana était fondée à refuser la prise en charge de toute prestation liée au diagnostic de rupture intra-prothétique bilatérale, faute de lien de causalité naturelle entre cette lésion et l'accident du 30 mars 2021. Pour arriver à cette conclusion, l'intimée s'est basée sur l'appréciation du Dr D _____, expert SIM et médecin-conseil spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie. A l'inverse, la recourante se prévaut des avis de son médecin traitant, le Dr C _____, et des Drs E _____, spécialiste en chirurgie plastique et reconstruction, et F _____, spécialiste en gynécologie et obstétrique, selon lesquels les lésions mammaires seraient consécutives à l'événement du 30 mars 2021. A la lecture des pièces au dossier, il appert que la recourante ne peut pas être suivie. En effet, dans son rapport du 15 juillet 2021, le Dr F _____ a uniquement relevé que l'intéressée présentait une rupture bilatérale de ses prothèses mammaires suite à un accident de la voie publique le 30 mars 2021 et que celles-ci devaient être changées. Cet avis, très succinct et non motivé, indique simplement qu'une rupture prothétique a eu lieu après la chute du 30 mars 2021, mais ne contient aucune information sur la causalité entre cet événement et les lésions mammaires mises en évidence par l'imagerie du 22 avril 2021. De façon identique, dans son rapport du même jour, le Dr E _____ s'est contenté de relever qu'il était fort probable que l'accident du 30 mars 2021 ait provoqué une rupture d'implants chez l'assurée, cette rupture nécessitant le changement des prothèses de bonne qualité qu'il avait remplacées le 16 septembre 2016. Ce médecin n'a toutefois pas motivé son avis et ne s'est prononcé ni sur les résultats de l'échographie mammaire du 22 avril 2021, ni sur les conclusions du Dr D _____ à ce propos. Quant au Dr C _____, médecin traitant de l'intéressée, il n'a fait qu'indiquer dans le certificat médical LAA que la cause des symptômes de sa patiente était sa chute, sans plus de

précisions, et s'est contenté, dans son rapport du 4 juin 2021, d'affirmer que l'imagerie multiple effectuée avait confirmé la nature post-traumatique des lésions mammaires, sans aucune motivation ou argumentation détaillée supplémentaire. A cet égard, la Cour rappelle que, conformément à la jurisprudence du Tribunal fédéral (cf. supra consid. 2.3), l'utilisation du terme « post-traumatique » n'est pas forcément synonyme d'une atteinte en rapport de causalité avec un traumatisme, mais qu'elle est souvent utilisée pour décrire une

- 12 - chronologie d'événements, c'est-à-dire qu'une atteinte est survenue après un traumatisme. In casu, le Dr C _____ se fonde sur l'imagerie effectuée pour justifier un lien de causalité entre les troubles mammaires de sa patiente et sa chute du 30 mars 2021. Or, s'il est vrai que le scanner thoraco-abdominal réalisé le 14 avril 2021 a mis en évidence une suspicion de fissure prothétique mammaire droite et que l'échographie mammaire droite a montré une rupture intra-prothétique bilatérale, ces examens ne traitent pas de la question du lien de causalité et le simple fait qu'ils aient été effectués après le 30 mars 2021 ne saurait suffire à établir un tel lien. Dès lors, en l'absence de toute motivation précise et détaillée de la part du Dr C _____ sur cette question, force est de constater que l'adjonction « post-traumatique » employée par ce dernier doit être interprétée dans le sens d'une attribution temporelle et non causale. A l'inverse, le médecin-conseil de l'intimée a expliqué de manière claire et détaillée pour quelles raisons les lésions mammaires n'étaient pas en lien de causalité avec la chute du 30 mars 2021, à savoir parce que l'échographie mammaire du 22 avril 2021 n'avait pas montré de liquide péri-prothétique, ni de lésion focale ou d'atténuation suspecte des deux seins, qu'il n'y avait pas de signe de choc direct, tel qu'un œdème ou un hématome, qui prouverait un traumatisme significatif, et qu'aucun élément ne témoignait en faveur d'une rupture de la membrane externe des prothèses mammaires. De plus, suite aux explications fournies le 27 mai 2021 par l'assurée quant au déroulement de l'événement du 30 mars précédent, à savoir qu'elle était tombée sur les fesses après avoir essayé de se rattraper avec le bras, le Dr D _____ a retenu, dans son rapport du 19 juillet 2021, que s'il était effectivement possible dans ces circonstances de se tasser une vertèbre, il était en revanche incompréhensible que deux prothèses mammaires se fracturent intérieurement, en l'absence de choc par écrasement. L'avis de ce médecin se fonde en outre sur l'ensemble des pièces au dossier et repose sur une évaluation médicale complète et approfondie. Par ailleurs, la Cour relève que le simple fait que le Dr D _____ se soit initialement trompé sur la date de pose des prothèses, soit 2006 au lieu de 2016, n'est pas de nature à remettre en cause la valeur probante de son avis. En effet, compte tenu de toutes les raisons évoquées par ce médecin, rappelées ci-dessus, pour nier le lien de causalité entre les troubles mammaires et la chute du 30 mars 2021, cet élément n'était pas déterminant. Enfin, la Cour constate que ce n'est que le 20 octobre 2021, à réception du rapport du Dr D _____ du 19 juillet précédent, que l'intéressée a apporté des précisions sur sa chute et soutenu qu'elle n'était pas tombée en atterrissant sur ses deux fesses, mais qu'elle avait été projetée en avant en s'encoulant, qu'elle avait eu la réaction de croiser

- 13 - ses deux bras, qu'elle avait atterri sur son flanc droit et sa fesse droite, que l'impact avec le sol avait été si fort qu'elle s'était fracturée la vertèbre D12 et qu'en serrant ses bras, ses prothèses mammaires s'étaient fendues. Cette nouvelle version, faisant désormais état d'une chute en avant avec les bras croisés sur la poitrine, s'avère en contradiction avec celle fournie par l'intéressée le 27 mai 2021, qui relatait alors être tombée sur les fesses après avoir essayé de se rattraper avec le bras. Cela étant, en application de la jurisprudence dite

des déclarations de la première heure (cf. supra consid. 2.5), la Cour considère, à l'instar de l'intimée, qu'il y a lieu de retenir la première version des faits livrée par la recourante, à savoir qu'elle a chuté sur les fesses après avoir essayé de se rattraper avec le bras. Dans ces circonstances, il appert que les différents avis médicaux au dossier permettaient à l'intimée de porter un jugement valable sur le présent cas. Dès lors, faute d'éléments pertinents permettant de mettre en lien les lésions de l'assurée au niveau mammaire avec l'accident du 30 mars 2021, c'est à juste titre que l'intimée a refusé de prester concernant ces troubles. Le recours doit ainsi être rejeté et la décision entreprise confirmée.

E. 3

Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais, ni alloué de dépens (art. 61 let. g LPGA a contrario).

Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens. Sion, le 27 septembre 2023

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