

VS_GERICHTE S2 21 98 vom 13. Juni 2023

VS Kantonsgericht, 2023-06-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_21_98

FR: VS_GERICHTE S2 21 98 du 13 juin 2023

IT: VS_GERICHTE S2 21 98 del 13 giugno 2023

Regeste

S2 21 98 JUGEMENT DU 13 JUIN 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 _____, recourant, représenté par Maître Nadège Dubi, avocate, 1951 Sion contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), 6004 Lucerne, intimée (art. 6 LAA ; causalité naturelle)

Erwägungen

E. 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 Remis à la poste le 14 septembre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 13 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours compte tenu des fêtes d'été (art. 38 al. 4 et 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

Il n'est pas perçu de frais.

- 15 -

E. 2.1

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. 2.2

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

- 9 - 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 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'évènement 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).

- 10 -

E. 2.3

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le

droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, arrêts 8C_624/2014 du 19 décembre 2014, consid. 5.4.2, 8C_368/2013 du 25 février 2014, consid. 4.2.4, 9C_137/2013 du 22 juillet 2013, consid. 3.1, 9C_1001/2012 du 29 mai 2013, consid. 2.2 et 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais son contenu. A cet égard, il importe 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 de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et, enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 143 V 124 consid. 2.2.2, 134 V 231 consid. 5.1 et 125 V 351 consid. 3a et la réf. cit.). Il n'existe pas de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance. Il convient toutefois d'ordonner une telle expertise si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne d'une assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3 et 4.6 ; arrêt 9C_702/2013 du 16 décembre 2013, consid. 3.4.2 et 9C_737/2012 du 19 mars 2013, consid. 2.3). Les constatations émanant de médecins consultés par l'assuré doivent être admises avec réserve ; il faut en effet tenir compte du fait que, de par la position de confidents privilégiés que leur confère leur mandat, les médecins traitants ont généralement tendance à se prononcer en faveur de leurs patients ; il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; VSI 2001 p. 106 consid. 3b/bb et cc, arrêts 9C_609/2009 du 15 avril 2010, consid. 4 et 9C_649/2008 du 31 août 2009, consid. 2; arrêt I 554/2001 du 19 avril 2002, consid. 2a).

E. 2.4

Selon l'article 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les

- 11 - renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Le devoir d'instruction subsiste jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt 9C_414/2014 du 31 juillet 2014, consid. 3.1.3 et 8C_364/2007 du 19 novembre 2007, consid. 3.2). Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou qu'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en œuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (ATF 132 V 93 consid. 6.4). Lorsque le juge des assurances examine l'opportunité de renvoyer la cause à l'administration afin qu'elle procède à un complément d'instruction, son comportement ne doit être dicté que par la question de savoir si une instruction complémentaire (sur le plan médical) est nécessaire afin d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique (voir arrêt U 571/2006 du 29 mai 2007, consid. 4.2 in SVR 2007 UV n° 33 p. 111; Kieser, ATSG-Kommentar, 2e éd. n° 12 et 17 ad art. 43 LPGA).

E. 2.5

De jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue ; les faits survenus postérieurement et ayant modifié cette situation doivent en principe faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 144 V 210 consid. 4.3.1 et 131 V 242 consid.2.1). Le juge doit cependant prendre en compte les faits survenus postérieurement dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue. En particulier, même s'il a été rendu postérieurement à la date déterminante, un rapport médical doit être pris en considération s'il a trait à la situation antérieure à cette date (arrêt 8C_239/2020 du 19 avril 2021 consid. 7.2.1 et les autres arrêts cités).

E. 2.6

En l'espèce, en se fondant sur l'avis spécialisé interne de la Dresse O _____, l'intimée a refusé de prendre en charge les suites de l'accident du 28 août 2020 au-delà du 27 septembre 2020. Plus particulièrement, se pose la question du lien de causalité entre les troubles présentés par le recourant au niveau de son pied gauche et ledit accident.

E. 2.6.1

A la lecture du dossier, il appert que, dans son appréciation du 6 mai 2021, la Dresse O _____, spécialiste en chirurgie générale et traumatologie, a estimé, tout comme le Dr N _____, médecin d'arrondissement, qu'une relation de causalité

- 12 - entre la contusion du pied gauche subie le 28 août 2020 et le développement d'un « trash foot » à 3 semaines ayant impliqué deux interventions chirurgicales (amputations transmétatarsiennes) était peu plausible. En revanche, elle a noté que l'angio-CT scanner de l'aorte et des membres inférieurs effectué le 22 octobre 2020 avait mis en évidence la présence d'un défaut de rehaussement d'environ 50% de la lumière, non circonferentiel, irrégulier, situé dans la partie proximale du stent et évocateur d'un thrombus. Elle a ainsi considéré qu'il était plus probable que ce thrombus soit à l'origine des embolies ayant provoqué le « trash foot » au pied gauche de l'intéressé. Or, il ressort bien plutôt du rapport du 22 octobre 2020 de J _____ que la présence du défaut susmentionné est uniquement compatible en première ligne avec un thrombus, sans que l'existence d'un tel thrombus n'ait été démontrée. A cet égard, une Cinevalve, dont la Dresse O _____ ne fait aucunement état, a été réalisée le 28 octobre 2020, laquelle a mis en évidence le bon fonctionnement de la valve aortique mécanique, ce qui a permis à J _____ d'écarter une origine emboligène au « trash foot » présenté par l'assuré. Par ailleurs, s'il est vrai que la Dresse O _____ a requis des informations complémentaires quant aux comorbidités vasculaires périphériques et valvulaires présentées par le recourant, il appert que l'intimée a transmis cette demande uniquement à J _____ et non à C _____, où l'assuré était également suivi pour ses problèmes cardiaques. Enfin, la Dresse O _____ ne peut pas être suivie lorsqu'elle affirme, dans son appréciation du 14 février 2022, que le Dr M _____, spécialiste en angiologie et médecine interne, aurait reconnu que la cause du « trash foot » était une embolie artérielle dans son rapport du 4 décembre 2020. En effet, une simple lecture de ce rapport, ainsi que de celui de contrôle du 14 mai 2021, permet de constater que le Dr M _____ n'a pas formellement examiné la question de l'étiologie des troubles présentés par le recourant au niveau de son pied gauche, mais s'est contenté de rappeler dans l'anamnèse que l'intéressé avait été hospitalisé à la fin du mois d'octobre dans le contexte d'un phénomène emboligène distal en défaveur du pied gauche, secondaire

à une sténose iliaque. Or, un rappel anamnestique ne saurait avoir valeur d'expertise, ce d'autant plus que les médecins de J _____ ont exclu toute origine emboligène au terme de leurs investigations, comme cela a été rappelé ci- dessus. Au vu de ces développements, une pleine valeur probante ne saurait ainsi être reconnue à l'avis interne de la Dresse O _____.

E. 2.6.2

S'agissant du Dr Q _____, spécialiste en chirurgie et chirurgie vasculaire mandaté par le recourant, il a retenu, dans un rapport du 25 mars 2022, l'existence d'une « nette prépondérance de probabilité » entre l'accident du 28 août 2020 et les

- 13 - amputations qui s'en sont suivies, contrairement aux avis médicaux internes de l'intimée. Ce spécialiste a par ailleurs remis en cause le diagnostic de « trash foot » gauche posé par J _____, le traumatisme subi par l'intéressé ayant selon lui touché tout l'avant- pied et non juste le gros orteil. Il a également indiqué qu'une aggravation lente des symptômes en raison d'une complication infectieuse après l'atteinte traumatique aux tissus mous du pied gauche constituait selon lui la cause prépondérante des amputations, et non un thrombus consécutif à une aggravation marquée de l'état de santé du recourant au début du mois d'octobre comme retenu par la Dresse O _____. Cela étant, il appert d'une part que le Dr Q _____ a mis en évidence, dans le même rapport, les antécédents de longue date de dépôts thrombotiques récurrents présentés par l'assuré et précisé qu'il fallait s'attendre à une nouvelle progression de ces dépôts malgré une bonne circulation périphérique, sans toutefois préciser pour quelle raison il excluait que ces dépôts aient pu constituer la cause de l'hospitalisation de l'intéressé le 21 octobre 2020 (cf. not. p. 5 du rapport). D'autre part, l'appréciation du Dr Q _____ selon laquelle tout l'avant-pied gauche aurait été touché par l'accident du 28 août 2020, et non juste le gros orteil, est contredite par les radiographies réalisées par le Dr E _____ en date du 11 septembre 2020, lesquelles ont montré uniquement une fracture minime du gros orteil à gauche, pour laquelle seul un traitement antibiotique a été prescrit. Cela est d'ailleurs corroboré par le fait que tant le Dr G _____ que le Dr H _____, consultés avant le médecin traitant suite à l'accident, ont uniquement diagnostiqué un hématome à la base unguéale du gros orteil, pour lequel ils ont prescrit de la pommade. Le traitement antibiotique a du reste permis une amélioration de la santé du recourant durant quelques semaines, avant une intensification des douleurs au début du mois d'octobre. A cet égard, la Cour de céans constate que le Dr E _____ n'a pas attesté d'incapacité de travail suite au premier rendez-vous du 11 septembre 2020 en raison de l'atteinte de son patient consécutive à l'accident du 28 août précédent. Ce n'est que suite à l'aggravation des douleurs au début du mois d'octobre 2020 ayant entraîné une nouvelle consultation que le Dr E _____ a attesté une incapacité totale de travail à partir du 2 octobre 2020 pour une durée indéterminée. Quant à l'incapacité totale de travail attestée dès le 11 septembre 2020 par ce praticien, la Cour relève qu'elle est datée du 8 janvier 2021, soit plus de quatre mois après l'accident. Eu égard à ce qui précède, ni le rapport du Dr Q _____, ni celui du Dr E _____ ne sauraient se voir reconnaître une valeur probante suffisante.

- 14 -

E. 2.6.3

Ainsi, en l'état du dossier, la Cour de céans constate que l'instruction médicale est insuffisante et contradictoire, que les rapports médicaux au dossier ne permettent pas

d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'état de fait déterminant sur le plan juridique et qu'un doute subsiste quant au lien de causalité naturelle entre l'accident du 28 août 2020 et les atteintes présentées par le recourant au pied gauche au-delà du 27 septembre 2020. La CNA aurait dû remédier à son instruction lacunaire et ne pouvait pas attendre du Tribunal qu'il la complète à sa place. Partant, il convient de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour instruction complémentaire sur le plan chirurgical conformément à ce qui précède, et mise en œuvre d'une expertise chirurgicale indépendante, puis nouvelle décision sur ce point, sans qu'il n'y ait lieu de donner suite, dans la présente cause, aux autres moyens de preuves requis par le recourant (appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid. 4.1 ; 140 I 285 consid. 6.3.1 ; 130 II 425 consid. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc). 3.1 La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais. 3.2 Aux termes de l'article 61 lettre g LPGA, la partie recourante est réputée avoir obtenu gain de cause lorsque, dans la procédure judiciaire cantonale portant sur des prestations d'assurance sociale, la décision administrative est annulée et la cause renvoyée à l'administration pour instruction complémentaire puis nouvelle décision (ATF 137 V 57 consid. 2.1 et 132 V 215 consid. 6). Eu égard à ce qui précède, X _____ a obtenu gain de cause en l'espèce. Il a ainsi droit à une pleine indemnité pour les dépens, qui, vu l'issue de la cause, seront supportés par l'intimée (art. 61 let. g LPGA, art. 81a al. 2 et 91 al. 1 et 2 a contrario LPJA, art. 27 al. 1, 40 al. 1 et 46 al. 2 LTar). Compte tenu du travail utile de Me Nadège Dubi, laquelle a produit un recours, une réplique, une détermination spontanée ainsi qu'un courrier, dans un dossier de difficulté moyenne, la Cour fixe l'indemnité au montant forfaitaire de 1800 fr., débours et TVA compris. Prononce

1. Le recours est admis et le dossier renvoyé à la CNA pour mise en œuvre d'une expertise chirurgicale et nouvelle décision au sens du considérant 2.6.

E. 3

La CNA versera à X _____ une indemnité de 1800 francs pour ses dépens. Sion, le 13 juin 2023

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