

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 25 octobre 2013

Présidence de M. MÉTRAL, juge unique
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

A. _____, à Yverdon-les-Bains, recourant, représenté par Me Astyanax Peca, avocat à Lausanne,

et

SOCIÉTÉ D'ASSURANCE DOMMAGES FRV SA, à Lausanne, intimée.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. A._____ (ci-après: l'assuré ou le recourant), ressortissant portugais né en 1958, était employé agricole de l'entreprise individuelle maraîchère [...], à [...], du 1^{er} juillet 2007 au 31 mai 2012. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Société d'assurance dommages FRV SA (ci-après: la caisse ou l'intimée).

Le 16 novembre 2011, alors que l'assuré vaquait à son activité professionnelle, il a glissé et chuté sur son poignet droit. Les premiers soins ont été prodigués le jour même par la Dresse X._____, médecin assistante auprès des Etablissements Z._____, laquelle a diagnostiqué, le 31 décembre 2011, une contusion du poignet droit, sans fracture, et attesté une incapacité de travail totale. L'événement a été annoncé le 9 décembre 2011 à la caisse, qui a pris le cas en charge et versé des indemnités journalières à l'employeur à compter du 19 novembre 2011.

Quatorze ans auparavant, l'assuré avait subi une fracture distale de l'avant-bras droit, traitée par ostéosynthèse au Portugal. Le 16 janvier 2012, il a été procédé à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse aux Etablissements Z._____.

Dans un rapport médical intermédiaire LAA du 13 mars 2012, la Dresse [...], médecin assistante aux Etablissements Z._____, a constaté que l'assuré présentait d'importantes douleurs styloïdes radiales et une paresthésie invalidantes. Elle fixait l'incapacité de travail à 100% depuis le 16 novembre 2011 et indiquait qu'aucune circonstance sans rapport avec l'accident ne jouait un rôle dans l'évolution du cas.

Une nouvelle intervention chirurgicale a eu lieu le 14 mai 2012 aux Etablissements Z._____. Le protocole opératoire établi à cette occasion faisait état d'une "séquelle de fracture distale de l'avant-bras avec cal vicieux, conflit cubito-carpien et incongruence radio-cubitale inférieure occasionnant douleurs et limitation fonctionnelle en

pronosupination à 10-0-60°. Après ablation du matériel d'ostéosynthèse au début 2012, chez un patient opéré il y a plusieurs années par réduction sanglante et ostéosynthèse d'une fracture distale des deux os de l'avant-bras, on pose l'indication à une opération de Sauvé-Kapandji pour régler d'une part le conflit cubito-carpien et d'autre part la limitation de la pronosupination".

Dans un nouveau rapport médical intermédiaire LAA du 26 juillet 2012, la Dresse [...], médecin assistante aux Etablissements Z._____, a observé la persistance des douleurs au niveau du poignet droit, surtout lors de port de lourdes charges. Elle confirmait que des circonstances sans rapport avec l'accident ne jouaient pas de rôle dans l'évolution du cas et qu'une incapacité de travail de 100% perdurait.

La caisse a interpellé son médecin-conseil, le Dr Y._____, afin de s'assurer qu'il s'agissait toujours des suites de l'accident du 16 novembre 2011. Celui-ci lui a répondu, le 27 juillet 2012, qu'il n'existait plus de relation de causalité naturelle et adéquate avec l'accident à compter du 16 janvier 2012 et que depuis cette date, les troubles du poignet droit concernaient une vieille fracture opérée il y a plusieurs années.

Aussi la caisse a-t-elle rendu, le 2 août 2012, une décision par laquelle elle mettait un terme au versement de ses prestations au 15 janvier 2012. Elle relevait que l'événement du 16 novembre 2011 n'avait occasionné qu'une simple contusion du poignet droit, sans aucune fracture, et que les problèmes de santé rencontrés par l'assuré consécutivement à l'opération du 16 janvier 2012 étaient la conséquence d'une vieille fracture survenue quatorze ans plus tôt, au Portugal. La caisse précisait qu'elle renonçait toutefois à réclamer le remboursement des indemnités journalières versées à tort à l'employeur pendant la période du 16 janvier au 31 mai 2012.

Par courrier du 16 août 2012 adressé à la caisse, l'assurance-maladie de l'assuré a reconnu qu'il lui appartenait de servir ses prestations à compter du 16 janvier 2012.

Le 22 août 2012, l'assureur perte de gain de l'employeur a avisé ce dernier qu'il n'interviendrait pas dans le cas de l'assuré, dès lors que "l'incapacité de travail débutée le 16 novembre 2011 rel[evait] de 2 affections soit dans un 1^{er} temps d'un cas accident (contusions à charge de la LAA), et ensuite, du traitement d'une vieille fracture opérée il y a plusieurs années au Portugal".

Le 14 septembre 2012, l'assuré, par son conseil, a formé opposition à la décision de la caisse du 2 août 2012. Il faisait valoir qu'il n'avait pas éprouvé de douleurs invalidantes avant sa chute du 16 novembre 2011, de sorte que celles-ci étaient clairement liées à cet accident et non pas à l'ancienne fracture subie plus de dix ans auparavant. Il ajoutait que les deux interventions chirurgicales de 2012 avaient précisément eu pour but de soulager ces douleurs et en concluait que la caisse ne pouvait pas retenir une absence de lien de causalité naturelle et adéquate entre l'atteinte au poignet droit et l'accident du 16 novembre 2011, sans procéder du moins à une instruction médicale complémentaire.

Par décision sur opposition du 26 avril 2013, la caisse a confirmé sa décision du 2 août 2012. Se prévalant de l'avis de son médecin-conseil, elle considérait que les troubles pour lesquels l'assuré avait été opéré en 2012 relevaient d'un accident antérieur à celui du 16 novembre 2011, qu'elle n'assurait pas, soit d'une fracture du poignet droit survenue une quinzaine d'années auparavant au Portugal, traitée à l'époque par ostéosynthèse. La caisse estimait donc que le statu quo sine, à savoir l'état de santé tel qu'il serait apparu tôt ou tard même sans l'accident du 16 novembre 2011, pouvait être fixé au 15 janvier 2012 et que les frais d'ablation du matériel d'ostéosynthèse incombait à l'assurance-maladie de l'assuré, à charge pour elle d'en demander ensuite le remboursement à qui de droit selon les accords bilatéraux.

B. A._____ a recouru contre cette décision sur opposition par acte de son conseil du 29 mai 2013, en concluant, avec dépens, principalement à sa réforme en ce sens que Société d'assurance dommages FRV SA lui versera des indemnités journalières du 16 janvier au 15 août 2012 - date de la fin de son incapacité de travail attestée par le Dr [...], orthopédiste - sous déduction des indemnités déjà versées du 16 janvier au 31 mai 2012, subsidiairement à l'annulation de dite décision et au renvoi de la cause à la caisse pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Le recourant insiste sur le fait que son poignet droit ne lui causait aucune douleur avant l'accident du 16 novembre 2011 et que celui-ci jouissait d'un fonctionnement intact jusqu'alors, permettant l'exercice d'une activité professionnelle à plein temps dans le domaine de l'agriculture. Il relève que, selon les médecins des Etablissements Z._____, aucune circonstance sans rapport avec l'accident n'a joué de rôle dans l'évolution du cas. Il en déduit que l'événement du 16 novembre 2011 constitue la cause prépondérante des troubles présentés et que l'intimée était donc tenue de servir ses prestations jusqu'au terme de son incapacité de travail.

Dans sa réponse du 5 août 2013, l'intimée conclut au rejet du recours, pour des motifs identiques à ceux développés dans sa décision sur opposition litigieuse.

Dans un mémoire complémentaire du 17 septembre 2013, le recourant maintient pour l'essentiel sa position. Il conteste au surplus la valeur probante de l'avis du Dr Y._____, arguant qu'il ne se fonde sur aucune constatation médicale objective pour nier l'existence d'un lien de causalité entre l'atteinte au poignet et l'accident du 16 novembre 2011.

Le 28 octobre 2013, le juge instructeur a informé les parties que la cause paraissait en état d'être jugée et que sauf nouvelle réquisition, un jugement serait rendu dès que la charge de travail du tribunal le permettrait.

E n d r o i t :

1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1) s'appliquent à l'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 sont sujettes à recours (art. 56 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA), auprès du tribunal des assurances du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt (art. 58 al. 1 LPGA).

La loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative (LPA-VD, RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfait aux autres conditions de forme (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable.

La valeur litigieuse étant inférieure à 30'000 fr., la présente cause ressortit à un membre de la Cour des assurances sociales, statuant comme juge unique (cf. art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble, mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont

des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 131 V 164; ATF 125 V 413 consid. 2c).

b) En l'occurrence, la caisse intimée a versé des indemnités journalières à l'employeur du recourant jusqu'au 31 mai 2012 et précisé, dans sa décision du 2 août 2012, confirmée le 26 avril 2013, qu'elle n'exigerait pas le remboursement des montants versés – selon elle à tort – depuis le 16 janvier 2012. Le litige porte donc exclusivement sur le droit du recourant à des indemnités journalières pour la période du 1^{er} juin au 15 août 2012, date au-delà de laquelle ce dernier a recouvré une pleine capacité de travail.

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.

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement 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'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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, 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. Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations

fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (TF 8C_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2 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; TF 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1).

b) Dans le cas d'espèce, l'intimée considère que l'opération subie par le recourant le 16 janvier 2012 avait pour but d'enlever le matériel d'ostéosynthèse posé quatorze ans auparavant au Portugal, pour soigner une fracture de l'avant-bras droit, mais non pas de traiter les suites de l'accident survenu le 16 novembre 2011. Ce point de vue est corroboré par l'avis de son médecin-conseil, le Dr Y._____, du 27 juillet 2012, pour qui les troubles du poignet droit ressentis par le recourant depuis son opération du 16 janvier 2012 procèdent bien de cette ancienne fracture.

Ce point de vue paraît fondé. En effet, ainsi que cela ressort des constatations de la Dresse X._____, qui a examiné le recourant en

premier lieu après sa chute, l'accident du 16 novembre 2011 n'a pas entraîné de fracture, mais uniquement une contusion du poignet droit. Aucune pièce au dossier n'indique qu'il aurait provoqué une autre lésion. Dans ce contexte, l'intimée pouvait à juste titre considérer que ni l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, le 16 janvier 2012, ni surtout l'opération pratiquée le 14 mai 2012, n'avaient eu pour but de traiter les séquelles de l'accident du 16 novembre 2011. Même à supposer que la première de ces deux interventions restait en relation de causalité avec cet événement, ce qui est peu vraisemblable, le statu quo sine aurait de toute façon été atteint le 31 mai 2012 au plus tard, date à laquelle le versement des indemnités journalières a pris fin. En réalité, l'incapacité de travail qui a perduré au-delà de cette date ne peut être attribuée qu'aux suites de l'opération du 14 mai 2012, qui avait clairement pour finalité de remédier à une séquelle de la fracture distale de l'avant-bras subie quatorze ans auparavant, laquelle s'était consolidée avec un cal vicieux et présentait un conflit cubito-carpien ainsi qu'une incongruence radio-cubitale inférieure, comme l'indique le protocole opératoire établi par les médecins des Etablissements Z._____. Dans ce contexte, force est d'admettre que les contusions subies le 16 novembre 2011, sans fracture, ont tout au plus constitué un facteur déclenchant des douleurs, qui seraient de toute façon survenues sans cet événement. Ainsi, le seul fait que ces douleurs ne se sont manifestées qu'après la chute du recourant n'est pas déterminant.

Par ailleurs, s'il est établi que les opérations des 16 janvier et 14 mai 2012 ont bien eu pour but de traiter les suites d'un événement accidentel, il est contesté, en revanche, que ces suites résultent de l'accident assuré du 16 novembre 2011. A cet égard, on ne saurait tirer aucune conclusion en faveur du recourant du fait que les médecins qui l'ont opéré les 16 janvier et 14 mai 2012 ont mentionné que les atteintes traitées étaient exclusivement dues à "l'accident".

Au vu de ces éléments, il n'est pas possible de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les troubles éprouvés par le recourant depuis l'ablation, le 16 janvier 2012, du matériel

d'osthéosynthèse soient en lien de causalité pour le moins probable avec l'accident assuré du 16 novembre 2011. Partant, l'intimée a nié à bon droit son obligation de verser des indemnités journalières au-delà de cette date.

4. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée.

Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

**Par ces motifs,
le juge unique
prononce :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 26 avril 2013 par Société d'assurance dommages FRV SA est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

Le juge unique :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède est notifié à :

- Me Astyanax Peca, avocat (pour A. _____),
- Société d'assurance dommages FRV SA,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

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 :