COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 15 mars 2013

Présidence de Mme THALMANN
Juges : Mme Di Ferro Demierre et M. Merz
Greffier : M. d'Eggis

*****

Cause pendante entre :

R._____, à Prilly, recourant,

et

G._____, à Lucerne, intimée.

Art. 4 LPGA; 6 LAA

E n f a i t :

A. Par déclaration de sinistre du 18 novembre 2011, la caisse de chômage Unia, à Lausanne, a annoncé à la CNA que le 22 mai 2011, R._____, était tombé et qu'en voulant se rattraper avec l'aide d'un fil de fer, il s'était coupé les doigts. L'assuré a précisé le 30 novembre 2011 que lors d'une promenade en forêt, il avait glissé sur un tas d'herbe et s'était accroché par réflexe à un grillage en contrebas, et s'était blessé à deux doigts de sa main droite qui présentaient une grosse et profonde coupure. Il indiquait en outre que la première consultation médicale avait eu lieu le 11 novembre 2011. Lors d'un entretien téléphonique le 26 janvier 2012, il a expliqué s'être coupé l'annulaire et le majeur, avoir soigné seul cette blessure et, celle-ci ne guérissant pas, être allé consulter un médecin au CHUV.

Dans un rapport du 18 janvier 2012, la Dresse B._____, médecin assistante au Service de dermatologie du CHUV, a indiqué avoir été consultée le 14 octobre 2011. A la rubrique "date de l'accident", elle a mentionné le 22 mai 2011 et, sous la rubrique "Déroulement de l'accident", "pas de notion d'accident. Lésions cutanées qui dérangent le patient". Elle a posé le diagnostic de mycose des mains. Le 23 janvier 2012, elle a confirmé le diagnostic de mycose (mains et pieds) cutanée et qu'il ne s'agissait pas d'un accident mais d'une maladie.

Dans une appréciation médicale du 11 octobre 2012, le Dr T._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin d'arrondissement de la CNA, a exposé que la mycose cutanée n’était pas la résultante d’un accident.

Par décision du 7 novembre 2012, la CNA a refusé de verser les prestations d’assurance au motif que, selon l'appréciation du médecin d'arrondissement, il n’existait pas de lien de causalité avéré ou du moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante entre l’événement du 22 mai 2011 et les lésions annoncées.

Elle a confirmé cette décision par décision sur opposition rendue le 10 décembre 2012 en relevant encore que l'assuré avait consulté la Dresse B._____ près de cinq mois après l'événement du 22 mai 2011, ce médecin ayant alors énoncé qu'il n'y avait pas de notion d'accident.

B. Par acte du 9 janvier 2013, R._____ a recouru contre cette décision en concluant à la prise en charge de son cas par la CNA. Il a fait valoir en bref que les lésions à sa main droite étaient en relation avec l'accident du 22 mai 2011; lors de la première consultation du 14 octobre 2011, sa main était infectée de bulles de pus et de blessures (coupures).

Dans sa réponse du 12 février 2013, la CNA a conclu au rejet du recours pour le motif que les médecins étaient unanimes à nier l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 22 mai 2011 et les lésions dont le recourant se plaignait. La CNA a relevé que ce dernier n'avait produit aucune attestation médicale de nature à remettre en cause les avis précités; le fait qu'il avait consulté à l'instigation de sa directrice laissait penser que sans cette impulsion, il n'aurait peut-être jamais consulté.

Le 28 février 2013, le recourant a exposé notamment n'avoir pas consulté immédiatement pour ne pas perdre des heures de remplacement effectuées en gain intermédiaire alors qu'il était au chômage.

E n d r o i t :

1. **a)** Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s’appliquent à l’assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (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 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l’assuré ou d’une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 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).

b) 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) et prévoit à cet égard la compétence de la cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD).

En l'espèce, le recourant est domicilié dans le canton de Vaud; son recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme; il est donc recevable.

2. En l'occurrence, est litigieuse la question du lien de causalité entre l'événement du 22 mai 2011 et les troubles présentés par le recourant.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, 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 réputée 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.

Le droit à des prestations découlant d’un accident assuré suppose d’abord, 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 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 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 129 V 177, consid. 3.1; 402, consid. 4.3.1; 119 V 335, consid. 1; 118 V 286, consid. 1b, et les références).

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 129 V 177, consid. 3.2; 402, consid. 2.2; 125 V 456, consid. 5a, et les références).

b) Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu’en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Cependant, 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 peuvent avoir tendance à se prononcer en faveur de leurs patients; il convient en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles

d'un médecin traitant (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc, et les références; VSI 2001, p. 106, consid. 3b/bb et cc; Frésard/Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2e éd., n. 688c, p. 1025). Il faut cependant relever qu'un rapport médical ne saurait être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane du médecin traitant ou qu'il a été établi par un médecin se trouvant dans un rapport de subordination vis-à-vis d'un assureur (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). S'agissant des rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu’aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee, et les références citées).

Lorsque les rapports médicaux sont contradictoires, le juge des assurances sociales 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants 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 de 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 de l'expert 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 125 V 351, consid. 3a, et les références citées).

c) En l'espèce, la Dresse B._____, médecin traitant du recourant, a posé le diagnostic de mycose et mentionné à deux reprises que l'affection dont souffrait le recourant était due non pas à un accident mais à la maladie. Cette appréciation a été confirmée par le Dr T._____, médecin d'arrondissement de la CNA. Il n'y a aucun autre avis médical infirmant ces conclusions. Par surabondance, on remarquera que l'assuré

n'avait signalé qu'une atteinte à la main droite lors de l'incident du 22 mai 2011, tandis que le médecin traitant a retenu une mycose aux mains et aux pieds.

Il y a lieu dès lors de retenir que la pathologie présentée par le recourant correspond à une atteinte maladive et n'est pas en lien de causalité avec le traumatisme subi le 22 mai 2011. Dans ces circonstances, aucune prestation ne peut être accordée par l'intimée au recourant, qui a ainsi refusé à bon droit de considérer cette pathologie comme relevant d'un événement assuré par l'assurance-accidents.

3. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

Conformément à l’art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l’octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n’y a pas lieu, en l'espèce, d’allouer de dépens (cf. art. 61 let. g LPGA).

Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :

I. Le recours est rejeté.

II. La décision attaquée est confirmée.

III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente : Le greffier :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- M. R._____, personnellement,
- G._____,
- 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).

Le greffier :