

# FR\_GERICHTE 605 2014 102 vom 4. September 2015

FR Kantonsgericht, 2015-09-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_605\\_2014\\_102](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2014_102)

FR: FR\_GERICHTE 605 2014 102 du 4 septembre 2015

IT: FR\_GERICHTE 605 2014 102 del 4 settembre 2015

## Regeste

Arrêt de la Ie Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, arrêt de principe | Unfallversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire incompétente à raison du lieu, mais par la suite transmis à l'autorité de céans, compétente à raison du lieu comme de la matière, le recours est recevable, le recourant, au demeurant dûment représenté, étant atteint par la décision querellée et ayant dès lors un intérêt digne de protection à ce que celle-ci soit, cas échéant, annulée ou modifiée.

### E. 2

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. D'après l'art. 4 de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1), applicable par le renvoi de l'art. 1 al. 1 LAA, 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. a) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, 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 (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b, 117 V 369 consid. 3a, 117 V 359 consid. 5a). 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 prépondérant, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Toutefois, la seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (ATF 119 V 335 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et les références). En particulier, le principe « après l'accident, donc à cause de l'accident » (« post hoc, ergo propter hoc ») ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en

matière d'assurance- accidents (ATF 119 V 341, consid. 2b/bb). De manière plus générale, en droit des assurances sociales, il n'existe pas un 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 et les références citées). Tribunal cantonal TC Page 4 de 11 b) Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. Pour que cette condition soit remplie, il faut que, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré soit 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, 117 V 359 consid. 4b). Si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, c'est-à-dire si cette dernière repose seulement et exclusivement sur des facteurs étrangers à l'accident. C'est le cas soit lorsqu'est atteint l'état de santé (maladif) tel qu'il se présentait directement avant l'accident (statu quo ante), soit lorsqu'est atteint l'état de santé, tel qu'il serait survenu tôt ou tard, indépendamment de l'accident, selon l'évolution d'un état maladif antérieur (statu quo sine). L'administration et, le cas échéant, le juge tranchent la question de la rupture du lien de causalité en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. La simple possibilité de cette rupture ne suffit pas (RAMA 1994 p. 326 consid. 3b et les références).

### **E. 3**

Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, le Conseil fédéral peut inclure, dans l'assurance, des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202) qui prévoit que les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures des muscles (let. d), les élongations des muscles (let. e), les déchirures des tendons (let. f), les lésions des ligaments (let. g) et les lésions du tympan (let. h) sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Selon la jurisprudence, cette liste des lésions assimilées à un accident est exhaustive (ATF 114 V 302 consid. 3d; RAMA 1988 No U 57 p. 372 et No U 58 p. 375). La responsabilité de l'assureur- accidents suppose, par ailleurs, que soient réunis tous les éléments caractéristiques d'un accident - dont, particulièrement, celui d'un mouvement soudain et involontaire -, à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire. A cette condition, les atteintes à la santé mentionnées à l'art. 9 al. 2 let. b à h OLAA devraient être considérées comme des atteintes assimilées à un accident même si elles sont imputables, en tout ou partie, à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (ATF 114 V 300 s.).

### **E. 4**

La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend ainsi, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 de l'Ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 [OLAA, RS 832.202]). D'après la jurisprudence, il y a rechute

lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une incapacité de travail. En revanche, on parle de séquelles ou de suites tardives lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (RAMA 1997 p. 188 et les références citées). Tribunal cantonal TC Page 5 de 11

## E. 5

Est en l'espèce litigieuse la prise en charge, par l'assurance-accidents, de l'opération subie par son assuré au mois de janvier 2013, au cours de laquelle a été extrait un corps étranger (« souris intra-articulaire »). Le recourant estime que ce corps étranger a été causé par l'évènement du 24 mai 2012, au cours duquel il s'est blessé au genou droit lors d'un parcours d'« acrobranche ». Pour la Vaudoise au contraire, l'apparition de ce corps étranger est due à une maladie dégénérative. Il convient en l'espèce de se référer au dossier constitué par cette dernière. a) évènement du 24 mai 2012 L'évènement du jeudi 24 mai 2012 annoncé à la Vaudoise l'a été en ces termes : « Lors de la journée verte dans le cadre du travail, s'est blessé sur le parcours de l'acrobranche. Accident professionnel » (déclaration d'accident du 31 mai 2012, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 2). Dans ses premières déclarations écrites, le recourant indiquait ne pas avoir été victime d'un choc particulier au niveau du genou droit et disait avoir seulement ressenti des douleurs vers 17 heures, à la fin de la journée organisée par son employeur : « l'acrobranche est une activité que j'ai déjà effectuée à plusieurs reprises. Elle s'est déroulée normalement. S'est-il produit quelque chose de particulier (coup, chute, glissade, etc...)? Il ne me semble pas. J'ai chuté du câble une fois, mais j'avais la sécurité. Quand avez-vous ressenti pour la première fois des douleurs ? Le 24 mai 2012, à 17 heures » (questionnaire du 8 juin 2012, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 6). Il s'est rendu chez son médecin généraliste, la Dresse B. \_\_\_\_\_, le mardi suivant. Il y aurait été reçu en urgence, pour des douleurs présentes, selon cette dernière, depuis environ une semaine. Il avait notamment l'impression d'avoir du sable dans le genou qui semblait lâcher à la marche : « Il s'est présenté aujourd'hui à ma consultation en urgence pour de nouvelles gonalgies droites présentes depuis env. 1 semaine.(...) Le patient ne peut actuellement plus courir; il mentionne une sensation de sable dans le genou en flexion, une sensation de lâchage en marchant, un craquement en hyperextension et une sensation de compression de la rotule en hyperflexion » (rapport du 29 mai 2012 de la Dresse B. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 1). Il souffrait plus particulièrement au niveau du ménisque : « Au status clinique, le patient ressent une douleur au niveau du point méniscal externe droit » (rapport précité). Les examens ont confirmé que celui-ci était atteint: « Le ménisque externe est discrètement raccourci dans sa partie intermédiaire, diagnostic différentiel : état postopératoire ? Subluxation de la partie intermédiaire du ménisque externe » (rapport du 15 juin 2012 de la Dresse C. \_\_\_\_\_ du centre d'imagerie Givision, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 7). Une gonarthrose était aussi signalée dans la même zone, ainsi qu'un amincissement du cartilage : « Signe d'une gonarthrose débutante du compartiment externe avec un amincissement du recouvrement cartilagineux fémoro-tibial et un petit défaut cartilagineux du condyle fémoral externe » (rapport précité). Tribunal cantonal TC Page 6 de 11 Le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a pratiqué une arthroscopie au mois de juillet 2012 pour suturer le ménisque : « Arthroscopie et suture méniscale interne du genou droit ainsi que du ménisque externe » (rapport opératoire du 19 juillet 2012, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 19). Il a rappelé à cette occasion que le recourant

avait déjà subi une telle intervention en 2004 : « Patient connu pour une lésion méniscale externe ainsi qu'un kyste du ménisque externe du genou droit, traité par arthroscopie par le Dr E. \_\_\_\_\_ en 2004, présente actuellement des douleurs antérieures depuis environ une semaine » (rapport précité). Une semaine après l'opération, tout allait bien : « A J7 d'une arthroscopie, suture méniscale interne et externe. Satisfait. Pas d'épanchement. Pas de blocage. Pas de dérochement. Escaliers enchaînés. Marche avec 2 cannes. Cicatrices en ordre. Rotule et tendon rotulien indolores. Pas d'épanchement articulaire. Pas de douleur méniscale interne ou externe » (rapport du 26 juillet 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 21). Mais un nodule est apparu plus tard : « A 6 semaines d'une suture méniscale interne et externe du genou droit. Satisfait. Cependant, a présenté un nodule pararotulien externe. Ce nodule s'est accompagné d'un dérochement » (rapport du 10 septembre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 23). Il s'agissait d'un corps étranger calcifié, considéré comme vraisemblablement en lien avec une maladie dégénérative (ostéochondrite): « Corps étranger calcifié vraisemblablement d'origine ostéochondrale de type ostéochondrome de type II de 10 x 4 mm, situé sur cet examen au niveau de l'interligne articulaire fémoro-patellaire latéral, à posteriori, ce nodule était visible en arrière de la jonction entre le segment moyen et la corne postérieure du ménisque latéral sur la référence de juin dernier » (rapport du 14 septembre 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 25). L'arthrose était par ailleurs stable, mais toujours bien présente : « On retrouve stable cette ulcération cartilagineuse marquée de la partie caudale de la gouttière de la trochlée, une patella en place, l'arthrose des deux compartiments fémoro-tibiaux, cela est stable » (rapport précité). A côté de cela, une fissure était suspectée au niveau du ménisque : « Au niveau du ménisque latéral, à la jonction de son segment moyen et la corne postérieure, on objective ce jour, sur une seule coupe sagittale certes et à minima sur la coupes frontales en regard, un aspect de solution de continuité horizontal présentant un refend sur la surface supérieure du ménisque, non spécifique car visible sur une seule coupe, le fait que cela soit présent sur deux plans différents doit faire suspecter une fissure locale. Examen inchangé par ailleurs » (rapport précité). Au final, on retrouvait deux atteintes, présentes à deux endroits apparemment distincts, soit un corps étranger, d'une part, et une lésion méniscale, de l'autre : « Conclusion. Corps étranger de type ostéochondrome de type II de 10 x 4 mm situé ce jour en regard de la partie latérale de la fémoro-patellaire. Possible fissure transfixiante horizontale du ménisque latéral à la jonction médio-postérieure » (rapport précité). Une nouvelle opération, prise en charge par l'assurance-accidents, fut dès lors réalisée le 30 octobre 2012. Tribunal cantonal TC Page 7 de 11 Celle-ci poursuivait deux buts : réduire la lésion méniscale (méniscectomie) et extraire le corps étranger (« souris intra-articulaire): « Arthroscopie et méniscectomie externe partielle et ablation souris-intra-articulaire interne du genou droit » (rapport opératoire du 30 octobre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 36). A la fin de l'année 2012, une seconde « souris intra-articulaire » est apparue : « Patient suivi pour une suture méniscale interne et pour une arthroscopie, méniscectomie externe partielle et ablation de souris intra-articulaire interne du genou droit le 30.10.2012. A présenté une nouvelle souris intra-articulaire dans le compartiment externe » (rapport du 3 décembre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 45). Sa présence était confirmée à l'imagerie : « Conclusion : souris articulaire de 8mm dans la partie supérieure du récessus articulaire fémoro-patellaire latéral en regard de la partie latérale de la métaphyse inférieure du fémur » (rapport du 6 décembre 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 45). Elle semblait toujours

s'inscrire dans un contexte dégénératif : « Stabilité de l'arthrose tri- compartimentale. Toujours cet aspect hétérogène de la jonction entre le segment moyen et la corne postérieure du ménisque latéral où il existait sur l'examen de septembre dernier un doute quant à une fissure, la machine sur laquelle est examiné le patient ce jour l'accès a cette région est moins bon car les séquences utilisées sont plus sensibles d'origine magnétique et parce qu'il existe des remaniements locaux post-chirurgicaux à ce niveau. Pas d'autre corps étranger visible. Des remaniements dégénératifs de la jonction médio-postérieure du ménisque médial, d'allure interstitielle sans fissure ou rupture visible » (rapport précité). Pour extraire ce deuxième corps étranger, une nouvelle opération semblait indiquée. Elle était prévue pour le début du mois de janvier 2013 et fut réalisée le 8: « Patient suivi pour une suture méniscale interne et externe du genou droit, et qui avait présenté dans les suites opératoires une souris intra-articulaire, et qui présente une récurrence de souris intra-articulaire mise en évidence par arthro-IRM du 04.12.2012. L'intervention est prévue le 08.01.2013 » (rapport du 7 décembre 2012 du Dr D. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 47). La Vaudoise en a cette fois-ci refusé la prise en charge. L'atteinte n'étant selon elle pas d'origine accidentelle : « Dans le cas particulier, l'intervention du 08.01.13 n'est plus motivée par des suites du cas qui nous concerne, mais par un problème d'origine dégénérative » (décision du 20 décembre 2012, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 56). Elle suivait en cela l'avis de son médecin-conseil, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, qui estimait en substance que cette nouvelle intervention ne concernait plus le ménisque : « Etant donné qu'au dernier IRM du 04.12.2012 est retrouvé un corps libre intra- articulaire, je comprends parfaitement bien l'indication à une réarthroscopie pour ablation de cette souris. Par contre, il n'y a aucune raison de penser que vous pourriez réintervenir sur une lésion méniscale puisque vous avez vérifié par arthroscopie du 31.10.2012 la stabilité de la suture méniscale interne et que vous êtes réintervenu par méniscectomie sélective sur le segment moyen du ménisque externe. Par conséquent, je conseille à la Vaudoise Assurances assureur accidents LAA de ne pas prendre en charge l'intervention du 08.01.2013 » (rapport du 13 décembre 2012, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 55). Tribunal cantonal TC Page 8 de 11 b) nature de l'atteinte Comme le soutient la Vaudoise et l'attestaient les premières images (cf. rapport du 14 septembre 2012 du Dr F. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 25), on ne peut manifestement pas exclure que les deux corps étrangers soient survenus dans un contexte d'une atteinte dégénérative, l'ostéochondrite. Le Dr D. \_\_\_\_\_, qui semble pourtant soutenir le contraire (cf. son rapport du 20 décembre 2012, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 60), a produit toute une littérature médicale qui laisse en effet clairement entendre que de tels corps étrangers sont bien causés par cette atteinte : « L'ostéochondrite disséquante est un processus pathologique ayant tendance à séparer du reste de l'épiphyse, un îlot cartilagineux articulaire avec son os sous-chondral, et faisant courir à ce fragment ostéo-chondral le risque potentiel évolutif d'une libération dans l'espace articulaire. L'ostéochondrite disséquante des condyles fémoraux du genou est l'entité la mieux étudiée » (Le Quotidien du médecin du lundi 7 novembre 2005, annexe au rapport précité). L'origine de celle-ci n'est pas clairement déterminée : « L'étiopathogénie univoque spécifique de l'ostéochondrite disséquante reste inconnue ou peut-être n'existe pas. En revanche, plusieurs facteurs plus ou moins essentiels dans sa genèse ont été impliqués, avec par ordre d'importance : l'ischémie aiguë de l'os sous-chondral, les traumatismes aigus, les micro-traumatismes (éventuellement par le biais de fractures de fatigue), l'instabilité rotulienne, l'influence génétique, des anomalies de l'ossification. Au

final, tous ces facteurs peuvent venir jouer un rôle indépendant ou confluent et la genèse de cette pathologie déroutante peut être considérée comme multifactorielle » (article précité). On ne saurait aucunement déduire de cette origine indéterminée, comme le fait le Dr D. \_\_\_\_\_, que « la souris intra-articulaire chez un jeune patient est d'origine traumatique la plupart du temps » (rapport du 20 décembre 2012), cela d'autant moins que l'article précité précise que cette pathologie débute entre cinq et cinquante ans, « avec un pic d'incidence durant la décennie de l'adolescence » et qu'elle paraît être ainsi une maladie de croissance. Quoi qu'il en soit, cette atteinte dégénérative ne peut manifestement pas résulter de l'évènement du 24 mai 2012. Elle avait en effet déjà été signalée en 2004 alors que le recourant, né en 1983, sortait à peine de l'adolescence : « Compartiment fémoro-patellaire : Surface articulaire rotulienne sans particularité. Minime chondrite au niveau de la trochlée fémorale (chondrite stade I-II). (...) Compartiment fémoro-tibial externe : il existe une petite zone de chondrite stade II-III en zone de charge au niveau du condyle fémoral externe. Le plateau tibial externe est sans particularité » (rapport d'opération du 1er novembre 2004 des Drs E. \_\_\_\_\_ et H. \_\_\_\_\_ de l'Hôpital intercantonal de la Broye, dossier Vaudoise 128'519-09-2, pièce 1). L'on précise à cet égard que ces constatations avaient été faites à l'occasion d'un premier accident au football, au cours duquel le ménisque avait été touché. Cet accident était toutefois survenu à une époque où la Vaudoise ne l'assurait pas encore, de sorte que les douleurs ressenties au ménisque après la journée verte du 24 mai 2012 ne sauraient manifestement être en l'espèce considérées comme une séquelle ou une rechute de ce tout premier accident qui ne l'engage pas. Il convient par ailleurs de revenir ici sur la nature accidentelle de l'évènement du 24 mai 2012. Tribunal cantonal TC Page 9 de 11 Si l'on se réfère aux premières déclarations écrites du recourant qui disait ne pas avoir subi de choc particulier au cours de cette journée, on peut se demander si la condition d'un « mouvement soudain et involontaire » était bien présente pour faire de la lésion méniscale, constatée dans un contexte dégénératif d'arthrose et d'amincissement du cartilage, une lésion assimilable à un accident au sens de la loi et de la jurisprudence. Le médecin-conseil de la Vaudoise avait affiché quelques doutes à ce sujet : « Comment apprécier la discrédence entre l'arthro-IRM du 15.06.2012 où la Doctoresse C. \_\_\_\_\_ décrit une gonarthrose fémoro-tibiale externe qui est tout à fait compatible avec une méniscectomie externe en 2004 et la description arthroscopique où il n'y a pas de lésion cartilagineuse fémoro-tibiale externe. Vos images arthroscopiques me semblent plus illustrer un status après suture méniscale qu'une nette déchirure traumatique aussi bien sur le ménisque interne que sur l'externe. D'autre part, le status après méniscectomie externe de 2004 n'est actuellement pas évident » (rapport du 20 septembre 2012 du Dr G. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 147'410-12-75, pièce 26). Quoi qu'il en soit, le recourant ne saurait en tous les cas déduire de la prise en charge de l'opération du mois d'octobre 2012, laquelle visait notamment à réduire la lésion méniscale (méniscectomie), une obligation pour la Vaudoise de prendre en charge la nouvelle opération du 8 janvier 2013, qui ne visait pour sa part qu'à extraire un corps étranger probablement apparu dans un contexte dégénératif d'une séquelle d'une maladie de croissance. Le recours semble d'ores et déjà infondé à ce stade. c) rechute ou séquelles tardives Comme il a été dit, l'atteinte observée ne peut être considérée comme une séquelle ou une rechute du premier accident survenu en 2004, à l'endroit duquel la Vaudoise ne saurait être tenue pour responsable. Après cela, mais avant l'évènement du 24 mai 2012, le recourant avait encore reçu deux autres chocs au niveau du genou droit, annoncés et pris en charge par la Vaudoise. Tout d'abord en 2009 : « En sortant de l'ascenseur pour partir en Intervention, s'est tapé le genou et lorsqu'il s'est mis à courir, a

ressenti une douleur » (déclaration d'accident du 24 avril 2009, dossier Vaudoise 128'519-09-2, pièce 3). Ni le ménisque ni les ligaments n'avaient alors été touchés : « Les ligaments croisés antérieur et postérieur sont intacts. Petit fragment osseux situé juste au-dessus d'une des épines tibiales. Pas de déchirure du ménisque externe mais extrusion latérale. Pas de déchirure visible au niveau du ménisque interne. Les ligaments collatéraux interne et externe sont intacts. Epanchement intra-articulaire avec plica para-patellaire interne et supra patellaire externe » (rapport du 22 avril 2009 de la Dresse I. \_\_\_\_\_, du service de radiologie de l'Hôpital intercantonal de la Broye, dossier Vaudoise 128'519-09-2, pièce 2). En revanche, des signes d'une dégénérescence étaient présents : « Défect cartilagineux situé au niveau de la trochlée fémorale, le défect cartilagineux se trouvant possiblement dans la région inter-condylienne antérieure. Pas de lésion méniscale mise en évidence. Chondropathie avec net amincissement du cartilage au niveau de la partie postérieure du condyle fémoral externe. Signes de gonarthrose débutante » (rapport précité). Tribunal cantonal TC Page 10 de 11 Celle-ci avait probablement déjà causé l'apparition d'un corps étranger : « Zone de chondropathie avec amincissement du cartilage sans œdème sous chondral au niveau de la partie postérieure du condyle fémoral externe. Défect cartilagineux net au niveau de la trochlée fémorale et présence d'une petite écaille de 8x6x3 mm dont le signal est identique à celui du cartilage située dans la région intercondylienne antérieure qui pourrait correspondre au fragment cartilagineux manquant » (rapport précité). Du reste, le recourant indiquait, comme il le dira en 2012 : « avoir l'impression que son genou a du sable » (cf. journal du 31 août 2009, dossier Vaudoise 128'519-09-2, pièce 13bis). En 2011, il avait également subi une distorsion du genou : « Distorsion du genou à la lutte le 02.04.11 » (rapport du 28 avril 2011 de la Dresse I. \_\_\_\_\_, dossier Vaudoise 134'582-11-1, pièce 1). Là encore, aucune atteinte autre que celle dégénérative avait été observée : « On retrouve des signes de gonarthrose avec une ostéophytose des deux condyles fémoraux et des deux plateaux tibiaux, prédominant du côté externe. Présence d'un œdème osseux au niveau de la partie antérieure du condyle fémoral interne compatible avec une contusion. On retrouve un défect cartilagineux au niveau de la trochlée fémorale, sans œdème osseux associé. Discrète chondropathie en miroir de la rotule avec présence d'un discret œdème de la partie inférieure de celle-ci. Chondropathie inchangée de la partie postérieure du condyle fémoral externe. Les ligaments croisés antérieur et postérieur sont intacts. Pas de lésion méniscale visualisée. Les ligaments collatéraux interne et externe sont intacts. On retrouve un épanchement intra-articulaire avec une plica parapatellaire interne non épaissie » (rapport précité). Manifestement, ni le choc de 2009, ni la distorsion de 2011, n'ont été de nature à favoriser l'apparition des deux « souris intra-articulaires » extraites en 2012 et en 2013. d) synthèse Après examen détaillé du dossier, il ressort clairement que la preuve de l'existence d'un lien entre l'évènement du 24 mai 2012 et l'apparition de corps étrangers dans le genou droit n'est pas rapportée. Celui-ci n'est en théorie tout au plus que possible, mais il apparaît beaucoup plus vraisemblable que le recourant ne soit en train d'endurer des séquelles d'une maladie de croissance à l'endroit de laquelle l'assurance-accidents ne saurait répondre. La littérature médicale, les premières observations faites en 2004, puis même en 2012 après la journée du 24 mai, vont dans ce sens. En outre, les premières déclarations écrites du recourant sur le déroulement de ce dernier évènement laissent penser qu'il n'a au fond subi aucun mouvement soudain et involontaire, du moins cela n'est-il pas clairement établi. Quoi qu'il en soit, si l'extraction d'un premier corps étranger a bien été prise en charge par l'assurance-accidents, ce ne fut qu'à l'occasion d'une ménisectomie à l'endroit de laquelle la Vaudoise s'est estimée

responsable. Comme le relevait déjà le Dr G. \_\_\_\_\_ en 2009, lorsqu'une première petite écaïlle était apparue, l'on est très vraisemblablement ici en présence d'un phénomène dégénératif de nature à créer de tels petits corps étrangers : « le défaut cartilagineux de la trochlée fémorale, le Tribunal cantonal TC Page 11 de 11 décollement cartilagineux dans la région inter-condylienne antérieure sont en rapport avec la gonarthrose » (rapport du 3 novembre 2009, dossier Vaudoise 128'519-09-2, pièce 17). Les seules conclusions du Dr D. \_\_\_\_\_, au demeurant assez peu détaillées, ne sauraient infirmer tout cela. Le refus de prise en charge de l'opération du 8 janvier 2013 apparaît ainsi juridiquement fondé, en conséquence de quoi le recours ne l'est pas et doit être rejeté. La procédure étant gratuite, il n'est enfin pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice ni alloué d'indemnité. III. Communication. Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite. Fribourg, le 4 septembre 2015 /mbo Présidente Greffier-rapporteur

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