

FR_GERICHTE 605 2017 191 vom 11. Juni 2018

FR Kantonsgericht, 2018-06-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2017_191

FR: FR_GERICHTE 605 2017 191 du 11 juin 2018

IT: FR_GERICHTE 605 2017 191 del 11 giugno 2018

Regeste

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

Erwägungen

E. 1

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision sur opposition attaquée, le recours est recevable.

E. 2

En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi 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.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 10

E. 2.1

Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose tout d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1).

E. 2.2

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; 125 V 456 consid. 5a et les références). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références).

E. 3

Dans le catalogue des prestations de l'assurance-accidents figurent notamment le droit au traitement médical (art. 10 et 54 LAA), le droit à l'indemnité journalière (art. 16 LAA) et le droit à une rente d'invalidité (art. 18 et 19 LAA). En outre, en cas de dommages matériels, l'art. 12 LAA prévoit que l'assuré a droit à l'indemnisation pour les dommages causés par un accident aux objets qui remplacent, morphologiquement ou fonctionnellement, une partie du corps. Les frais de remplacement des lunettes, appareils acoustiques et prothèses dentaires ne sont pris en charge que si la lésion corporelle nécessite un traitement.

E. 3.1

Une fois que le traitement médical d'un événement assuré a cessé, des mesures médicales ne peuvent être prises en charge qu'aux conditions de l'art. 21 LAA et seulement si l'assuré a été mis au bénéfice d'une rente. S'il n'a pas droit à une telle prestation, il appartient à l'assurance-maladie de prendre en charge le traitement. Demeure réservée l'annonce d'une rechute ou de séquelles tardives nécessitant un traitement médical (art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents [OLAA; RS 832.202]). Dans ce cas, l'assureur-accidents accordera les prestations indépendamment des conditions fixées à l'art. 21 LAA.

E. 3.2

Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même atteinte qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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. Les rechutes et les séquelles tardives se rattachent par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur-accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle

Tribunal cantonal TC Page 4 de 10 et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 123 V 137 consid. 3a; 118 V 293 consid. 2c et les références). Plus le temps écoulé entre l'accident et la manifestation de l'affection est long, plus les exigences quant à la preuve d'un rapport de causalité doivent être sévères (arrêt TF 8C_171/2016 du 29 avril 2016 consid. 2.2 et les références).

E. 4

De manière 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).

E. 4.1

Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge 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. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant, c'est 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 du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions médicales soient dûment 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 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351).

E. 4.1.1

Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 157 consid. 1c et les références).

E. 4.1.2

S'agissant des rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait que ceux-ci se trouvent dans le cadre d'une relation de confiance issue du mandat qui leur a été confié. Ainsi, il y a lieu d'attacher plus de poids à l'opinion motivée d'un expert qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin traitant dès lors que celui-ci, vu la relation de confiance qui l'unit à son patient, est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour lui et à s'exprimer plutôt dans un sens qui lui serait favorable (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées; RCC 1988, p. 504 consid. 2).

E. 4.2

En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un

Tribunal cantonal TC Page 5 de 10 mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt TFA I 514/06 du 25 mai 2007 publié in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt TF 9C_876/2009 du 6 juillet 2010 consid. 2.2).

E. 5

Est en l'espèce litigieuse la responsabilité de l'assurance-accidents, précisément l'existence d'un lien de causalité entre l'accident et les atteintes annoncées via rechute. Pour le recourant, celles-ci ont bien été causées par l'accident survenu à VTT en 2014. L'assureur intimé dit que non. Qu'en est-il ?

E. 5.1

Accident et ses suites Le recourant est tombé le 2 novembre 2014 alors qu'il pratiquait le VTT.

E. 5.1.1

La déclaration d'accident décrit l'accident comme suit: « Chute en VTT lors de la descente. Choc avec le genou contre une grosse pierre. (Genou gauche). Gros hématome Avec liquide à l'intérieur du genou » (dossier SUVA, pièce 1). Les premières consultations rapportaient « un œdème du MIG et des hématomes suite à un trauma sur le genou G survenu il y a 10 jours, le 2.11, en VTT. Dans un virage, choc direct du genou, sans genouillère, contre un caillou, suivi de la chute du patient (pas de TC, pas de PC, pas de céphalées, pas de NV, pas d'amnésie circonstancielle). M. remonte sur le VTT, pas de limitation de la mobilité du genou G et soulagement des douleurs en 48h avec Voltarène per os. Une semaine plus tard, violente douleur au genou G apparue lorsque Mr s'agenouille, sans trauma, soulagée en qqes heures et apparition d'un œdème et hématome du genou et de la cheville, avec sensation d'engourdissement et chaleur dans le pied. Pas de douleurs à la charge, mobilisation sp. Pas d'EF, pas de frissons. Pas de dyspnée » (rapport de la Dresse C. _____ du 13 novembre 2014, dossier SUVA, pièce 17). Une IRM du genou gauche a constaté une « importante collection liquidienne, pré-rotulienne et para-rotulienne externes, présentant une paroi relativement épaisse et se rehaussant de façon intense après injection i.v de Gadolinium, en rapport avec une large bursite pré-rotulienne », celle-ci à « caractère très inflammatoire » (dossier SUVA, pièce 2). En revanche, elle excluait toute « franche déchirure méniscale atteignant la surface articulaire ». A côté de cela, elle montrait également des signes d'une atteinte dégénérative au niveau de la rotule (altération du cartilage), cette dernière au demeurant malformée (dysplasie = malformation ou déformation résultant d'une anomalie du développement d'un tissu ou d'un organe, qui survient au cours de la période embryonnaire ou après la naissance): « Altérations focales de signal du cartilage rotulien sur la facette interne, démontrées par une zone d'ulcération et de délamination

Tribunal cantonal TC Page 6 de 10 profonde. La rotule apparaît légèrement excentrée latéralement et il existe des signes d'une dysplasie fémoro-patellaire sur hypoplasie de la trochlée fémorale interne ». Étaient ainsi signalées une « lésion chondrale rétropatellaire interne, avec foyer d'ulcération et de délamination profonde » et une « dysplasie fémoro-patellaire ». A ce stade, la SUVA ne se prononçait pas encore sur l'octroi de prestations d'assurance (cf. son courrier du 28 janvier 2015, dossier SUVA, pièce 5).

E. 5.1.2

Une arthroscopie fut pratiquée le 30 janvier par le Dr D. _____ (dossier SUVA, pièce 8). Le diagnostic retenu était celui de « lésions chondrales fémoro-patellaire post-traumatiques ». L'opération consistait en la « résection d'une plica [= repli de la membrane synoviale] conflictuelle interne + SAE », étant à cet égard précisé que la « plica antéro-interne est de type inflammatoire ». Ainsi qu'en une « toilette chondrale », dès lors qu'une « chondrite de stade III de 3cm² existait sur le versant externe de la rotule ».

E. 5.1.3

Après l'opération, les choses se sont plutôt améliorées, la physiothérapie se poursuivant mais tendant à s'espacer: « l'assuré est très satisfait de l'évolution actuelle au niveau de son genou gauche. Il n'a pas de difficulté pour marcher et la montée et descente d'escaliers sont possibles. Par contre, en fin de journée de travail son genou gauche est toujours

passablement enflé et il a quelques difficultés lors des changements de position, particulièrement lorsqu'il doit s'asseoir dans sa voiture. La physiothérapie se poursuit au CTO Clarens à raison d'une séance par semaine, voire tous les 15 jours » (rapport d'entretien du 13 avril 2015, dossier SUVA, pièce 20). La SUVA a alors admis que sa responsabilité était partiellement engagée: « teilkausalität ubrigend wahrscheinlich » (estimation du Dr E. _____ du 28 avril 2015, dossier SUVA, pièce 21). Elle prenait à sa charge les factures médicales que lui avait adressées son assuré (dossier SUVA, pièce 22). Elle acceptait plus tard de payer encore les frais d'un drainage lymphatique, susceptible selon elle de « favoriser le processus de guérison » (courrier du 24 septembre 2015, dossier SUVA, pièce 27).

E. 5.2

Rechute

E. 5.2.1

Le recourant a annoncé une rechute de son cas le 4 août 2016 (courriel, dossier SUVA, pièce 31). Son genou continuait à lui poser des problèmes: « douleurs articulaires, douleurs tendineuses, inflammation et gonflement » et l'handicapait dans ses « déplacements les plus simples ». Une nouvelle déclaration de sinistre émanant de l'employeur est ainsi datée du 5 septembre 2016 (dossier SUVA, pièce 33).

E. 5.2.2

Une nouvelle IRM a été réalisée le 7 septembre 2016 (dossier SUVA, pièce 35). Elle a montré un « épanchement articulaire modéré ».

Tribunal cantonal TC Page 7 de 10 Il existait également des traces d'une atteinte dégénérative au niveau du ménisque: « Méniscopathie interne de grade II sur dégénérescence mucoïde de la corne postérieure sans atteinte périphérique ». Le tendon rotulien présentait pour sa part des signes « d'un dédoublement sur possible bande fibreuse péri-rotulienne prédominant sur le versant antéro-externe ». A côté de tout cela, il subsistait, comme en 2014, une « chondrite de stade III sur le versant externe de la rotule associée à des signes de dysplasie fémoro-patellaire ».

E. 5.2.3

Au début de l'année 2017, le Dr D. _____ notait des « gonalgies gauches sur chondropathie fémoro-patellaire » (rapport du 30 janvier 2017, dossier SUVA, pièce 39). Il indiquait un « important épanchement intra-articulaire. Pour le reste rien à signaler ».

E. 5.3

Causalité

E. 5.3.1

Ce dernier médecin a pratiqué une nouvelle arthroscopie le 14 juillet 2017 (rapport, dossier SUVA, pièce 56). Il annonçait, à cette occasion, une « entorse du genou G avec déchirure méniscale ». Ce qui n'avait jusqu'alors jamais été signalé en ces termes. Il effectuait, cela étant, une synovectomie au niveau de trois compartiments: le fémoro-patellaire ainsi que les fémoro-tibial interne et externe. Sur les deux premiers compartiments, il observait la présence, respectivement, d'une « chondrite stade III » et d'une « chondrite stade IV 2 cm² », pour lesquelles il pratiquait une « toilette chondrale classique ». A côté de cela, il constatait également une « désaxation externe de la rotule » pour laquelle il pratiquait « une

section de l'aileron externe au VAPR ». Dite « désaxation » s'inscrivant probablement dans le cadre de la malformation déjà constatée à l'époque. En tous les cas, il n'est fait état d'aucune opération spécifiquement liée à une atteinte au ménisque, qui aurait pu avoir été causée par une nouvelle entorse. On se retrouvait, bien plutôt, dans le contexte dégénératif de la chondrite observée à l'époque, qui paraissait même s'être empirée au niveau du compartiment fémoro-tibial interne (stade IV).

E. 5.3.2

Pour sa part, le médecin d'arrondissement, la Dresse F. _____, estimait d'emblée qu'il n'y avait pas de lien de causalité entre l'atteinte annoncée dans le cadre de la rechute et l'accident survenu à VTT en 2014, celui-ci n'ayant à l'époque causé que la seule bursite traitée: « l'atteinte annoncée n'est plus en relation de causalité avec l'évènement du 02.11.14, d'ailleurs il me semble qu'il ne l'était pas vraiment initialement. Seule la bursite initiale pouvait être mise en relation de causalité avec l'évènement du 02.11.14. En revanche, la chondropathie rotulienne sur dysplasie à l'origine des troubles actuels relève d'une pathologie dégénérative sans relation avec l'accident » (note du 13 février 2017).

Tribunal cantonal TC Page 8 de 10 Elle soutenait plus tard, dans une appréciation médicale détaillée et datée du 21 juillet 2017 (dossier SUVA, pièce 57), que « l'intervention réalisée le 14.07.2017 n'est pas en relation de causalité probable avec l'évènement du 02.11.2014, mais en lien avec les lésions dégénératives préexistantes à cet évènement. Elle n'est donc pas à la charge de la Suva ». Elle résumait ainsi la problématique, revenant sur les constatations médicales effectuées après le premier accident puis dans le cadre de la rechute annoncée, dans le droit sens de ce que la Cour a pu constater. « Le 02.11.2014, l'assuré a donc présenté une contusion du genou G qui a entraîné des douleurs et une bursite prérotulienne à caractère très inflammatoire mise en évidence à l'IRM du 15.12.2014. Il n'a pas été mis en évidence de lésion structurelle traumatique imputable à l'évènement du 02.11.2014 sur les radiographies ou sur l'IRM du 15.12.2014. Par contre, il a été mis en évidence des lésions préexistantes au niveau rétropatellaire interne avec une lésion chondrale, un foyer d'ulcération et de délamination profonde, une dysplasie fémoro-patellaire qui sont des lésions préexistantes à la contusion du 02.11.2014. Par la suite, l'assuré a annoncé une rechute en juillet 2016 avec, au bilan IRM, des signes de chondrite de stade III sur le versant externe de la rotule associés à des signes de dysplasie fémoro-patellaire ainsi qu'une méniscopathie interne de grade II sur dégénérescence mucoïde de la corne postérieure sans atteinte périphérique. La bande fibreuse péri-articulaire prépatellaire et le long du ligament rotulien est en lien avec l'opération qui avait été pratiquée le 30.01.2015 avec une section de l'aileron rotulien externe ». Elle finissait par conclure que seule la bursite prérotulienne, aujourd'hui guérie et n'ayant pas non plus empêché le recourant de reprendre le travail, pouvait avoir été causée à l'époque par l'accident: « L'évènement du 02.11.2014 a entraîné une contusion du genou G avec une bursite prérotulienne qui peut être mise en relation de causalité probable avec cet évènement. Les autres troubles n'étaient pas en relation de causalité probable avec l'évènement du 02.11.2014 et ils étaient en relation de causalité à peine possible. C'est pour cette raison que le médecin-conseil a retenu une causalité partielle probable en date du 28.04.2015. La rechute annoncée le 28.07.2016 est donc en relation avec des lésions antérieures préexistantes à l'évènement du 02.11.2014 et qui ne peuvent être imputables à l'évènement incriminé. A noter que la contusion et la bursite prérotulienne étaient guéries depuis longtemps au moment de la rechute annoncée le 28.07.2016 et, par conséquent,

l'événement du 02.11.2014 avait largement et totalement cessé de déployer ses effets au plus tard lors de la reprise de l'activité à 100 % le 01.04.2015 ».

E. 5.3.3

Les seules indications du médecin traitant telles que formulées sur le protocole opératoire du second accident (« entorse et déchirure du ménisque »), qui ne correspondent par ailleurs ni aux constatations IRM, ni aux actes médicaux pratiqués, ne sauraient infirmer les propos détaillés et crédibles du médecin d'arrondissement. Elles ne sauraient non plus venir semer un doute, fût-il à tout le moins léger, qu'il faille lever par de nouvelles mesures d'instruction médicale. Il apparaît au contraire assez clairement que la nouvelle opération pratiquée n'a essentiellement consisté qu'à traiter que des atteintes dégénératives déjà signalées à l'époque. L'on peut en déduire que les douleurs n'étaient occasionnées que par celles-ci.

Tribunal cantonal TC Page 9 de 10

E. 5.3.4

A côté de tout cela, le recourant laisse entendre que, dès lors que la SUVA avait presté à l'époque pour le genou gauche, elle devrait continuer à assumer les soins nouvellement apportés à celui-ci. Comme le démontre le dossier médical, c'est avant tout pour résorber l'œdème et l'inflammation, via résection de la plica, qu'avait été pratiquée la première opération en 2014. Dite plica ayant par ailleurs probablement été d'origine accidentelle, si l'on se réfère sur ce point à la doctrine médicale publiée sur internet: « la plica médiale étant un élément de la synoviale, toute atteinte de celle-ci entraînera donc un remaniement tissulaire de la plica aussi. L'anamnèse rapporte deux processus d'apparition, relativement classiques. L'aigu, dû, très souvent, à un choc à la face interne du genou (coup, genou heurtant le tableau de bord en voiture...) et donc pouvant engendrer une synovite (transitoire ou chronique) ou un hématome synovial. On pourra retrouver aussi un hématome intra-articulaire et/ou une synovite suite à une lésion méniscale non objectivée primairement. Le chronique, dû généralement à des activités demandant des flexions/extensions répétées comme bien évidemment la course à pied ou le vélo » (sous www.kinesport.info). Déjà observées à l'époque, les atteintes dégénératives chondrales et rotuliennes, qui seules ont été récemment traitées (la problématique liée à la plica étant pour sa part réglée) ne pouvaient manifestement avoir été causées par l'accident survenu à peine quelques semaines plus tôt: la SUVA ne saurait en répondre aujourd'hui. A cet égard, on relèvera enfin que la pratique régulière du sport (football et probablement aussi le VTT) est également grandement susceptible de mettre les articulations à contribution, au point d'engendrer à terme les atteintes dégénératives observées, ceci sans nécessairement l'intervention d'un accident au sens de la loi: « Par ailleurs, l'assuré nous signale qu'il a présenté, suite à 20 années de football, une usure de ses genoux » (appréciation médicale du médecin d'arrondissement, dossier SUVA, pièce 57).

E. 6

Il découle de tout ce qui précède que le recours, infondé, doit être rejeté. Les seuls propos du médecin traitant ne suffisent pas à jeter un doute, fût-il léger, sur les conclusions claires et détaillées du médecin d'arrondissement. L'on relèvera sur ce dernier point que, objectivement, le médecin traitant ne prend pas dans ses rapports une position aussi claire que cela en faveur de la thèse du recourant, laquelle procède bien plutôt d'une relecture interprétative desdits rapports, au demeurant peu circonstanciés.

E. 7

La procédure étant gratuite en matière d'assurance-accidents, il n'est pas perçu de frais de justice. Il n'est pas non plus alloué d'indemnité de partie au recourant qui succombe.

Tribunal cantonal TC Page 10 de 10 la Cour arrête: I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Aucune indemnité de partie n'est allouée. IV. Notification. 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 11 juin 2018 /mbo Le Président: Le Greffier-stagiaire:

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