

FR_GERICHTE 605 2022 139 vom 11. Januar 2023

FR Kantonsgericht, 2023-01-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_605_2022_139

FR: FR_GERICHTE 605 2022 139 du 11 janvier 2023

IT: FR_GERICHTE 605 2022 139 del 11 gennaio 2023

Regeste

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

Erwägungen

E. 30

août 2022. Il conclut, sous suite d'indemnité de partie, principalement, à ce que Visana prenne en charge l'intégralité des suites et des coûts de l'accident du 25 janvier 2021 quant aux lésions subies au genou droit, subsidiairement, à ce qu'une expertise soit ordonnée et, encore plus subsidiairement, au renvoi de la cause pour complément d'instruction et nouvelle décision. A l'appui de ses conclusions, il fait valoir que l'événement du 25 janvier 2021 doit être qualifié d'accident et que même si tel n'est pas le cas, ses conséquences doivent être prises en charge par l'assureur en application de l'art. 6 al. 2 LAA. Il s'appuie pour ce faire sur l'opinion du Dr B._____, chirurgien traitant, qui a considéré que la déchirure du ménisque n'était pas dégénérative mais due, de manière certaine, à l'accident. Le 10 octobre 2022, Visana conclut au rejet du recours, sous suite de frais et dépens, en rappelant les différents avis médicaux présents au dossier, en particulier ceux de son médecin conseil, Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique, lequel se prononce également sur l'opinion du Dr B._____. Aucun autre échange d'écritures n'a été ordonné entre les parties. Il sera fait état des arguments, développés par elles à l'appui de leurs conclusions, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

Tribunal cantonal TC Page 3 de 8 en droit 1. Recevabilité Le recours, interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente à raison du lieu ainsi que de la matière, est recevable, le recourant, dûment représenté, étant directement 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. 2. Notion d'accident et lien de causalité 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. Au sens de l'art. 4 de la loi 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 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (arrêt TF 8C_26/2019 du 11 septembre 2019 consid. 3.1 et les références

citées). L'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute (arrêt TF 8C_26/2019 consid. 3.1 précité); le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement. Pour les accidents survenus dans l'exercice du sport, l'existence d'un événement accidentel doit être niée lorsque et dans la mesure où le risque inhérent à l'exercice sportif en cause se réalise; autrement dit, le caractère extraordinaire de la cause externe doit être nié lorsqu'une atteinte à la santé se produit alors que le sport est exercé sans que survienne un incident particulier. A titre d'exemples, le critère du facteur extérieur extraordinaire a été admis dans le cas d'une charge contre la balustrade subie par un hockeyeur, d'une réception au sol manquée par un gymnaste lors d'un "saut de carpe", ou encore dans le cas d'un skieur dans un champ de bosses qui, après avoir perdu le contrôle de ses skis en raison d'une plaque de glace, aborde une nouvelle bosse qui le soulève et le fait retomber lourdement au sol. En revanche, il a été nié dans le cas d'une assurée qui, selon ses premières déclarations, a exécuté une culbute en arrière sans incidents particuliers et s'est alors blessée au niveau de la nuque et de l'épaule. Il en est allé de même dans le cas d'une personne qui a exécuté une culbute "ratée" en arrière lors d'un entraînement de Ju-jitsu, le fait qu'elle a roulé non

Tribunal cantonal TC Page 4 de 8 pas par-dessus son épaule, mais par-dessus sa nuque, ne constituant pas un mouvement sortant de l'éventail ordinaire des mouvements exécutés dans la pratique de ce sport (ATF 130 V 117 consid. 3; arrêt TF 8C_719/2019 du 5 novembre 2019 consid. 3.2 et les références citées : dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a retenu que le fait d'effectuer un mouvement non coordonné lors d'une descente en rappel, à la suite d'un relâchement de la corde, tout en restant sécurisé par celle-ci, fait précisément partie du risque inhérent à la pratique de l'escalade et doit être considéré comme n'excédant pas ce que l'on peut objectivement qualifier de normal et d'habituel dans l'exercice de cette activité sportive). 3. Lésion assimilable à un accident Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA, l'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : a. les fractures; b. les déboîtements d'articulations; c. les déchirures du ménisque; d. les déchirures de muscles; e. les élongations de muscles; f. les déchirures de tendons; g. les lésions de ligaments; h. les lésions du tympan. Dans cette formulation, l'art. 6 al. 2 LAA fait abstraction de l'existence d'une cause extérieure. Ainsi, désormais, en cas de lésion corporelle figurant dans la liste, il y a présomption que l'on est en présence d'une lésion semblable aux conséquences d'un accident, qui doit être prise en charge par l'assureur-accidents. Celui-ci pourra toutefois se libérer de son obligation s'il apporte la preuve que la lésion est due de manière prépondérante, c'est-à-dire à plus de 50% de tous les facteurs en cause, à l'usure ou à une maladie (ATF 146 V 51 consid. 8; arrêt TC FR 605 2019 214 du 15 juillet 2020 consid. 2.4. et les références citées). Cela suppose que, dans le cadre de son devoir d'instruction de la demande, l'assureur, après avoir reçu l'annonce d'une lésion selon la liste de l'art. 6 al. 2 LAA, clarifie précisément les circonstances de la lésion. L'ensemble des causes de la lésion corporelle en question doit être évalué en premier lieu par des spécialistes du domaine médical. Outre l'état antérieur, les circonstances de la première apparition des plaintes doivent également être examinées plus en détail. Les différents indices qui parlent pour ou contre l'usure ou la maladie doivent être pondérés d'un point de vue médical (ATF 146 V 51

consid. 8; arrêt TF 8C_267/2019 du 30 octobre 2019 consid. 6; arrêt TC FR 605 2019 339 du 24 novembre 2020 consid. 3 avec les références citées). 4. Appréciation des preuves 4.1. Dans le droit des assurances sociales, la règle du degré de vraisemblance prépondérante est généralement appliquée. Dans ce domaine, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; 126 V 353 consid. 5b; 125 V 193 consid. 2 et les références citées; arrêt TF 8C_704/2007 du 9 avril 2008 consid. 2). Aussi n'existe-t-il

Tribunal cantonal TC Page 5 de 8 pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a). Si, malgré les moyens mis en œuvre d'office par le juge pour établir la vérité du fait allégué par une partie, conformément au principe inquisitoire, ou par les parties selon le principe de leur obligation de collaborer, la preuve de ce fait ne peut être rapportée avec une vraisemblance prépondérante pour emporter la conviction du tribunal, c'est à la partie qui entendait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (DTA 1996-1997 n. 17 consid. 2a; 1991 n. 11 et 100 consid. 1b; 1990 n. 12 consid. 1b et les arrêts cités; ATF 115 V 113 consid. 3d/bb). Dans cette mesure, en droit des assurances sociales, le fardeau de la preuve n'est pas subjectif, mais objectif (RCC 1984 p. 128 consid. 1b). 4.2. Pour statuer, l'administration (ou le juge en cas de recours) a besoin d'informations que seul le médecin est à même de lui fournir. La tâche de ce dernier consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est capable ou incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; 115 V 133 consid. 2; 114 V 310 consid. 3c). En présence d'avis médicaux contradictoires, le juge doit apprécier l'ensemble des preuves à disposition et indiquer les motifs pour lesquels il se fonde sur une appréciation plutôt que sur une autre. 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 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 du médecin soient dûment motivées (ATF 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157). 4.3. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est 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 prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une 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 quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee). Cela étant, pour que l'assuré ait une chance raisonnable de soumettre sa cause au juge, sans être clairement désavantagé par rapport à l'assureur (sur l'inégalité relativement importante entre les parties en faveur de l'assurance, cf. ATF 135 V 165 consid. 4.3.1 in fine), le tribunal ne peut pas, lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et

la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, procéder à une appréciation des preuves définitive en se fondant d'une part sur les rapports produits par l'assuré et, d'autre part, sur ceux des médecins internes à l'assurance. Pour lever de tels doutes, il doit soit ordonner une expertise judiciaire, soit renvoyer la cause à l'organe de l'assurance pour qu'il mette en œuvre une expertise dans le cadre de la procédure prévue par l'art. 44 LPGA (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6).

Tribunal cantonal TC Page 6 de 8 5. Discussion En l'espèce, est tout d'abord litigieuse la question de savoir si l'événement du 25 janvier 2021 doit être qualifié d'accident et, en cas de réponse négative, si les atteintes aux ménisques sont des lésions assimilables à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA ou sont au contraire dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Dans la mesure où l'autorité intimée a renoncé à réformer sa décision s'agissant du droit aux prestations en lien avec l'atteinte du ligament collatéral interne, cette question ne sera pas examinée en détail. 5.1. Dans la déclaration d'accident-bagatelle du 2 février 2021, les faits sont décrits de la manière suivante "Faut mouvement en pratiquant le ski alpin dans le cadre professionnel. En skiant dans une fausse trace, le genou droit à subi une torsion". Sur demande de l'assureur, le recourant a indiqué, par courrier du 10 février 2021, que le déroulement des faits avait été habituel et dans des conditions normales. Il a précisé avoir skié dans une neige fraîche de 40 centimètres d'épaisseur. Lors du déclenchement d'un virage, son ski droit est resté sous la couche de neige en suite de quoi il a immédiatement ressenti une vive douleur au genou droit. Il ressort de ce qui précède que le recourant n'a fait état d'aucun élément extérieur extraordinaire dans le cadre du déroulement des événements du 25 janvier 2021. Bien au contraire, dûment questionné sur ce point, il a précisé que les conditions étaient normales et que le déroulement des faits avait été habituel, de sorte que lui-même ne reconnaissait pas de circonstances particulières à sa chute. A cet égard, c'est en vain que le recourant argumente par l'intermédiaire de son mandataire que la piste de ski était irrégulière sur la seule base de l'épaisseur de la neige. L'irrégularité de la piste ne ressort en effet pas de déclarations du recourant, pas plus qu'une éventuelle pratique du ski en hors-piste. Partant, faute d'élément extérieur extraordinaire, c'est à bon droit que l'autorité intimée a estimé que les atteintes au genou du recourant ne résultaient pas d'un accident. Il convient dès lors de déterminer si les atteintes aux ménisques subies par le recourant sont des lésions assimilables à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA ou sont au contraire dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. 5.2. Dans son rapport médical du 10 février 2021, le Dr B. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologique, fait état de douleurs lors de l'extension du genou. Il dit suspecter une déchirure de la corne antérieure du ménisque interne ou un repli synovial para-patellaire interne et recommande la tenue d'une IRM. Le rapport médical faisant suite à l'IRM du 10 février 2021 conclut à une déchirure complexe en anse de seau du ménisque interne, à une dégénérescence mucoïde du ménisque latéral sans déchirure, à une légère entorse du ligament collatéral interne, à une discrète contusion osseuse du plateau tibial interne et à une chondropathie fissuraire rétropatellaire modérée de grade II. Il souligne également l'absence de repli synovial. S'agissant du ligament collatéral interne, il relève que celui-ci est tendu et suivi, fin et de signal normal. Dans son appréciation médicale du 4 mars 2021, le Dr D. _____, spécialiste en chirurgie et médecin-conseil de l'assureur, estime que la distorsion du ligament collatéral ne peut pas être considérée comme d'origine dégénérative, selon un degré de vraisemblance prépondérante. A son

Tribunal cantonal TC Page 7 de 8 avis, il revient dès lors à l'assureur de prendre en charge le traitement y relatif au titre de lésion assimilable à un accident (art. 6 al. 2 let. g LAA). Il considère toutefois qu'en application de mesures conservatrices, le statu quo sine ante peut être fixé au 8 mars 2021. S'agissant ensuite des déchirures complexes des ménisques interne et externe, il estime qu'il s'agit là de lésions qui pourraient justifier un droit aux prestations. Cela étant, il estime que ces déchirures sont, selon un degré de vraisemblance prépondérante, d'origine dégénérative, de sorte que l'assureur n'a pas à les prendre en charge. Il ressort du protocole opératoire du 1er avril 2021 que le recourant a subi une arthroscopie et une méniscectomie. Dans son rapport médical du 30 avril 2021, le Dr B._____ revient sur la déchirure en anse de seau du ménisque luxé et estime qu'elle est clairement en lien avec le traumatisme subi le 25 janvier 2021. Il souligne que la chondropathie de stade II est très légère et localisée au niveau du plateau tibial. Dès lors, il est certain selon lui que la déchirure du ménisque n'a pas une origine dégénérative mais, bien au contraire, due à l'accident. Dans son appréciation médicale du 3 mai 2022, le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil de l'assureur, relève que "si l'on visionne les clichés de l'IRM, on reconnaît cependant immédiatement qu'il s'agissait en premier lieu d'une configuration typique, principalement horizontale, d'une évolution chronique dégénérative. Celle-ci touche le ménisque interne sur toute sa circonférence et trouve son origine dans la substance et a progressé continuellement vers la face supérieure et inférieure. Ces modifications méniscales étaient aussi, selon un degré de vraisemblance prépondérante, à l'origine du développement d'un kyste de Baker qui représente une sorte de soupape de surpression en cas de production accrue de liquide synovial de nature chronique et qui se développe typiquement au fil des mois ou des années". Il souligne que, au vu de la morphologie des tissus, il est possible d'affirmer, sans aucun doute, que les dégénérescences chroniques ont joué un rôle prédominant. Il relève qu'une partie du ménisque interne était déjà atteinte de dégénérescences considérables avant de se disloquer le 25 janvier 2021 suite à un mouvement normal et fréquent. Ainsi, il conclut que, sous l'angle de la vraisemblance prépondérante, la déchirure du ménisque est imputable à l'usure et l'impact de l'événement du 25 janvier 2021 doit être considéré comme mineur. Par ailleurs, s'agissant de l'avis médical du Dr B._____, il relève que, bien que la luxation en anse de seau du ménisque soit une conséquence de l'événement du 25 janvier 2021, celui-ci n'aurait pas pu causer une telle lésion dans l'espace intercondyloire sur un ménisque sain. Selon lui, la présence d'un kyste de Baker, non relevée par le Dr B._____, vient également appuyer cette théorie, dans la mesure où il s'agit d'un signe évident d'un processus intra-articulaire en cours depuis relativement longtemps. 5.3. En l'espèce, l'opinion du Dr B._____ s'oppose à celles du Dr D._____ et du Dr C._____, dans la mesure où il estime que l'événement du 25 janvier 2021 est la cause de la déchirure en anse de seau du ménisque luxé. Si le Dr C._____ le rejoint certes, reconnaissant que la déchirure est une conséquence du mouvement du 25 janvier 2021, il précise toutefois que, faute d'usure conséquente, ce mouvement n'aurait pas causé de déchirure à lui seul. Le Dr C._____ explique ainsi, de manière détaillée et complète et en se référant aux images de l'IRM du 10 février 2021, pour quelles raisons il considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le ménisque du recourant a subi une évolution chronique dégénérative, et que la torsion subie n'est pas la cause prépondérante de l'atteinte.

Tribunal cantonal TC Page 8 de 8 Par ailleurs, force est de constater que le rapport de l'IRM fait état d'une dégénérescence mucoïde du ménisque latéral que le Dr B._____ ne

mentionne pourtant pas. Or, comme l'a relevé le Dr C. _____, il s'agit là d'un élément supplémentaire en faveur de l'hypothèse d'une dégénérescence sur le long terme et donc d'une origine de la déchirure du ménisque principalement due à l'usure. 6. Sur le vu de ce qui précède, c'est à bon droit que Visana a estimé que la déchirure du ménisque ne constituait pas une lésion assimilable à un accident au sens de l'art. 6 al. 2 LAA mais était due, de manière prépondérante, à l'usure et, partant, qu'elle a rejeté l'opposition du recourant et refusé d'allouer des prestations suite aux atteintes aux ménisques. Le recours du 30 août 2022 doit en conséquence être rejeté et la décision sur opposition du 29 juin 2022 confirmée. Conformément au principe de gratuité généralement applicable en la matière (cf. art. 61 let. fbis LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice. Vu le sort du recours, il n'est pas alloué d'indemnité de partie. la Cour arrête : I. Le recours est rejeté. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Il n'est pas alloué d'indemnité de partie. 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 recourant 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 janvier 2023/mbo/mbl Le Président : La Greffière :

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