

FR_GERICHTE 608 2017 257 vom 4. Februar 2019

FR Kantonsgericht, 2019-02-04, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2017_257

FR: FR_GERICHTE 608 2017 257 du 4 février 2019

IT: FR_GERICHTE 608 2017 257 del 4 febbraio 2019

Regeste

Arrêt de la IIe Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal | Krankenversicherung

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 attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

Tribunal cantonal TC Page 4 de 12

E. 2.1

Aux termes de l'art. 1a al. 1 et 2 let. a de la loi du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal; RS 832.10), dite loi régit l'assurance-maladie sociale, qui alloue des prestations notamment en cas de maladie; elle comprend l'assurance obligatoire des soins et une assurance facultative d'indemnités journalières. Conformément à l'art. 3 al. 1 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 LAMal, est réputée maladie toute atteinte à la santé physique, mentale ou psychique qui n'est pas due à un accident et qui exige un examen ou un traitement médical ou provoque une incapacité de travail.

E. 2.2

Aux termes de l'art. 67 LAMal, toute personne domiciliée en Suisse ou qui y exerce une activité lucrative, âgée de quinze ans révolus, mais qui n'a pas atteint 65 ans, peut conclure une assurance d'indemnités journalières avec un assureur (al. 1). L'art. 71 LAMal dispose que lorsqu'un assuré sort de l'assurance collective parce qu'il cesse d'appartenir au cercle des assurés défini par le contrat ou parce que le contrat est résilié, il a le droit de passer dans l'assurance individuelle de l'assureur (al. 1 1ère phr.). Celui-ci doit faire en sorte que l'assuré soit renseigné par écrit sur son droit de passage dans l'assurance individuelle; s'il omet de le faire, l'assuré reste dans l'assurance collective; l'assuré doit faire valoir son droit de passage dans les trois mois qui suivent la réception de la communication (al. 2). Selon l'art. 72 al. 2 1ère et 2ème phr. et al. 3 1ère phr. LAMal, le droit aux indemnités journalières prend naissance lorsque l'assuré a une capacité de travail réduite au moins de moitié; à défaut d'accord contraire, le droit naît le troisième jour qui suit le début de la maladie; les indemnités journalières doivent être versées, pour une ou plusieurs maladies, durant au moins 720 jours dans une période de 900 jours. Le versement d'une indemnité journalière de l'assurance-maladie suppose ainsi une incapacité de travail. Selon l'art. 6 LPGA, auquel renvoie l'art. 72 al. 2 1ère phr. LAMal, est réputée telle toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui

peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique ou mentale; en cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité. Est considéré comme incapable de travailler l'assuré qui, à la suite d'une atteinte à la santé, ne peut plus exercer son activité habituelle ou ne peut l'exercer que d'une manière limitée ou encore avec le risque d'aggraver son état (ATF 129 V 51 consid. 1.1). L'assureur peut limiter la couverture aux risques de la maladie et de la maternité (art. 72 al. 1 2ème phr. LAMal).

E. 2.3

L'art. 1 al. 4 du règlement de la caisse-maladie stipule que les pertes de revenus en cas d'incapacités de travail consécutives, notamment, à un accident au sens de l'art. 4 LPGA, une rechute ou des séquelles tardives d'un accident au sens de l'art. 11 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA; RS 832.202), une maladie professionnelle au sens de l'art. 9 la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.2) et une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 OLAA ne sont pas prises en charge (pièce A18 du mémoire-réponse).

Tribunal cantonal TC Page 5 de 12

E. 3.1

En vertu de l'art. 3 LPGA, une atteinte à la santé est considérée comme maladie si les conditions régissant un accident au sens de l'art. 4 LPGA ne sont pas établies ("Auffangtatbestand"). Il incombe dès lors à la partie alléguant la survenance d'un accident d'en apporter les preuves (KIESER, ATSG-Kommentar, 3ème éd., 2015, art. 3 n. 37 s.).

E. 3.2

D'après l'art. 4 LPGA, 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. L'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 en question 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 à la lumière de la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (ATF 142 V 435 consid. 1; 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3). Outre un rapport de causalité naturelle, il faut 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 (arrêt TF 8C_336/2008 du 5 décembre 2008 consid. 3.1; 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'accident ne constitue toutefois plus la cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé, 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). 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

Tribunal cantonal TC Page 6 de 12 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 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

Le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse. Dès lors, il 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. Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher 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 (ATF 125 V 351). Lorsqu'il existe des doutes quant à la fiabilité et la pertinence des constatations des médecins internes à l'assurance, le tribunal ne peut pas 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). Si une cause n'est pas suffisamment instruite sur le plan médical, les tribunaux cantonaux devront, en règle générale, ordonner une expertise judiciaire, à la charge de l'assureur, s'ils estiment qu'un état de fait médical nécessite des mesures d'instruction sous forme d'expertise ou qu'une expertise administrative n'a pas de valeur probante sur un point juridiquement déterminant. Un renvoi à l'assureur demeure néanmoins possible lorsqu'il est justifié par une question nécessaire demeurée jusqu'ici non éclaircie ou lorsque certaines affirmations d'experts nécessitent des éclaircissements, des précisions ou des compléments (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 5

En droit des assurances sociales, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le tribunal, lequel apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles. Mais ce principe n'est pas absolu. Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 195 consid. 2). Car si le principe inquisitoire dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve: en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences (ATF 117 V 264 consid. 3). Dans la conduite de la procédure administrative, l'assureur dispose d'un large pouvoir d'appréciation en ce qui concerne la nécessité, l'étendue et l'adéquation de recueillir des données

Tribunal cantonal TC Page 7 de 12 médicales. Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (arrêt TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2).

E. 6

Dans le cas d'espèce, les parties ne contestent pas que le recourant se trouve en incapacité de travail totale depuis le 1er décembre 2015 en raison d'une gonarthrose. Elles s'accordent également sur le fait que le recourant est assuré auprès de la caisse-maladie pour le versement d'indemnités journalières en cas de maladie. Suite à son licenciement avec effet au 30 avril 2016, il est passé de l'assurance collective, conclue par son employeur, à l'assurance individuelle, de sorte qu'il demeure couvert par l'assurance perte de gain intimée. Seule est donc litigieuse, en l'espèce, la question de savoir si la gonarthrose est en lien avec les accidents survenus en 1984 (genou droit) et en 2000 (genou gauche) ou s'il s'agit d'une maladie impliquant dès lors pour l'assureur l'obligation de prester. Pour répondre à cette question il y a lieu d'apprécier l'évolution de l'état de santé depuis les accidents à l'aide des pièces médicales fournies par les parties.

E. 6.1

Concernant le genou droit, les parties n'ont pas fourni de pièces médicales relatives au traitement consécutif à l'accident de 1984. F._____ n'aurait pas conservé, compte tenu du temps écoulé, les pièces médicales y relatives.

E. 6.2

S'agissant du genou gauche, le recourant a produit les rapports médicaux des traitements effectués à F._____, réunis par ce dernier à sa demande (pièce 7 du recours): En mars 2000, suite à un accident de ski le 22 février 2000, une rupture fraîche du ligament croisé antérieur, des ménisques interne et externe a nécessité une arthroscopie avec plastie du ligament croisé antérieur (LCA), une refixation du ménisque postéro-interne ainsi qu'une résection ménisque postéro-externe. Une nouvelle intervention a eu lieu en septembre 2000 en raison d'une guérison incomplète du ménisque interne et d'un signal irrégulier du transplant du LCA. Le chirurgien note dans son rapport du 8 janvier 2001 ce qui suit: "Ce genou est actuellement en relativement bon état, de telle sorte que non seulement on n'[est] pas motivé pour parler d'une nouvelle opération, mais aussi on est d'avis que le patient peut certainement poursuivre son activité de restaurateur à 100%". En juillet 2002, l'orthoradiogramme révèle une arthrose interne et un début d'ostéophytose. En janvier 2003,

une récurrence d'instabilité antérieure ainsi qu'une arthrose fémoro-patellaire débutante interne amènent à une intervention pour réaliser une nouvelle plastie LCA et pour effectuer une ostéotomie, avec fixation par plaque LCP. Le 1er mars 2004, le chirurgien retient dans son rapport d'examen clinique: "Objectivement, de mon côté, je suis très content du résultat, car la stabilité est bonne". Suite à une radiographie en février 2007, évoquant l'absence de progression de l'arthrose, une arthroscopie est néanmoins effectuée en mai 2007 pour évaluer l'intérieur du genou, notamment l'état méniscal, ainsi que pour procéder à l'ablation de matériel d'ostéosynthèse. Par la suite, le recourant est hospitalisé à nouveau pour un hématome postopératoire en mai 2007 et pour une infection de la plaie en juin 2007. Le médecin opérateur évoque dans son rapport du 21 mai 2007:

Tribunal cantonal TC Page 8 de 12 "A noter dans ses antécédents que le patient est sous Sintrom pour un status post-endocardite. Sintrom réintroduit en postopératoire." Il ressort d'un rapport subséquent du 19 septembre 2007 que cette médication est en lien avec la mise en place d'une valve aortique mécanique en 1997 suite à une endocardite infectieuse. Un examen radiologique des deux genoux est entrepris en avril 2008 en raison des douleurs au genou gauche, sans qu'il ne donne lieu à un traitement ou une intervention. Les rapports médicaux précités ne font mention du genou droit que dans le cadre de l'anamnèse en relation avec la plastie du LCA nécessitée par l'accident en 1984. Globalement, le genou droit ne semble donc pas avoir posé de problèmes durant cette période (2000-2008).

E. 6.3

Concernant l'état de santé amenant à l'incapacité de travail en décembre 2015, le recourant a produit les rapports médicaux suivants: Un arthro-CT du genou gauche, effectué le 25 novembre 2015 sur demande du Dr G._____, médecin praticien, révèle la présence d'au moins deux corps étrangers libres, localisés en avant de la plastie du LCA ainsi qu'une discrète gonarthrose essentiellement fémoro-tibiale interne. Il en ressort, en particulier, ce qui suit: "On retrouve un important remaniement osseux le long du tunnel de la plastie, séquelles de plusieurs actes chirurgicaux" (pièce 9 du recours). Sur mandat du médecin de famille, le Dr H._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie, évoque dans son rapport du 9 février 2016 qu'"on constate sur les examens radiologiques des troubles dégénératifs de ses deux genoux, avec une interligne articulaire relativement bien conservée. Je retiens le diagnostic d'instabilité de ses deux genoux avec [une] gonarthrose débutante, principalement à gauche" (pièce 11 du recours). Suite à des examens d'imagerie (CT-scan et radiographies), le Dr E._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur à F._____, retient dans son rapport du 7 janvier 2016, comme diagnostics principaux, un déconditionnement du genou gauche après reconstruction du LCA et LCP genou gauche et du LCA genou droit. Il y indique également ce qui suit: "Il s'agit d'un patient qui a des antécédents chirurgicaux majeurs en ce qui concerne le genou gauche mais également le genou droit et qui a développé depuis plusieurs mois une symptomatologie douloureuse progressivement invalidante du genou, plutôt centrée à droite. Marche avec boiterie, sans canne. Sentiment de lâchage lors des mouvements de pivot du genou gauche. A pratiqué par le passé beaucoup de ski et jusqu'à 5'000 km de vélo par année. Plus de sport depuis les 3 dernières années avec péjoration progressive de la symptomatologie en regard du genou" (pièce 4 du recours). Dans son rapport médical du 14 mars 2016, le Dr E._____ énumère, en sus, les nombreuses et diverses comorbidités (état dépressif, status post tentamen, status après fracture du fémur, status après opération à cœur ouvert en 1996, pose de valve mécanique pour une

endocardite, sous Sintrom, status après cholécystectomie en 1997, status après cure de hernie inguinale bilatérale) ainsi que des antécédents personnels (fracture C6-C7 instable type B avec troubles neurologiques C7 à gauche, sténose foraminale sur spondylarthrose C5-C6, discectomie antérieure C6-C7 avec décompression et mise en place d'une cage Tryptik, idem pour C5-C7, et spondylodèse C5-C7 avec plaque CSLP fixée par 6 vis) (pièce 4 du recours). Ce spécialiste note dans son rapport médical du 21 juin 2016 que la situation s'améliore progressivement et que le patient parvient petit à petit à retrouver un meilleur contrôle proprioceptif de son genou. Le rapport

Tribunal cantonal TC Page 9 de 12 suivant du 26 août 2016 évoque que la LCA et LCP du genou gauche sont stables, mais avec une course allongée en comparaison avec le genou droit. Lors des consultations suivantes la situation est jugée stationnaire (pièce 4 du recours). Dans son rapport du 16 mars 2017, le Dr E. _____ soutient qu'il s'agit d'une maladie, en exposant ce qui suit: "Même si initialement des accidents avaient mené aux gestes chirurgicaux, actuellement la situation est marquée par une dégénérescence cartilagineuse du genou gauche comme du genou droit. Il s'agit donc d'une situation qui doit être prise en charge par l'assurance maladie et qui n'a plus rien à voir avec l'accident initial. En effet, l'évolution naturelle d'une articulation telle que le genou devant supporter des charges axiales ainsi que des mécanismes mène inexorablement à une usure cartilagineuse des 3 compartiments du genou. Actuellement la situation est considérée comme avancée au niveau de l'arthrose entre le fémur et le tibia et à nouveau, ceci est à mon sens à être considéré comme un cas maladie" (pièce 6 du recours). En juin 2017, la Dresse I. _____, spécialiste en médecine interne générale, expose dans son rapport sur formule officielle de l'assurance-invalidité, entre autres, d'un "déconditionnement genou gauche et droit" et des "gonalgies bilatérales gauches plus que droites persistantes depuis 2000" (pièce 10 du recours). Un bilan IRM du genou gauche, effectué le 14 décembre 2017 par le Dr J. _____, spécialiste en radiologie, relève des lésions dégénératives débutantes. De son côté, le Dr E. _____ en déduit dans son rapport médical du 21 décembre 2017 que "la symptomatologie est liée à un processus dégénératif du genou comme le témoigne les nombreux ostéophytes ainsi que l'usure cartilagineuse fémoro-tibial interne et fémoro-tibial latéral" (rapports médicaux produits par le recourant dans le cadre de ses contre-observations le 15 mars 2018).

E. 6.4

Le médecin-conseil de la caisse-maladie, le Dr K. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, s'est penché à trois reprises sur le cas du recourant, en s'appuyant, en particulier, sur les pièces médicales suivantes: > Rapport médical sur formule du 1er avril 2016 du Dr G. _____ (pièce M2 du mémoire-réponse). > Rapport médical du Dr E. _____ du 14 mars 2016 (pièce M2 du mémoire-réponse; cf. pièce 4 du recours) > Rapport médical du Dr H. _____ du 3 février 2016 (pièce M3 du mémoire-réponse; cf. pièce 11 du recours) > Comptes-rendus des rapports médicaux des traitements effectués à F. _____ (pièce M4 du mémoire-réponse). Dans sa prise de position du 12 mai 2016, le médecin-conseil conclut, pour le genou gauche, à une gonarthrose secondaire due à un problème de lésion du LCA depuis 2000 et, pour le genou droit, à une gonarthrose secondaire post-plastie du LCA en 1984 (pièce M6 du mémoire-réponse). Le 19 avril 2017, dans le cadre d'une prise de position subséquente, il évoque qu'une arthrose du genou peut être, de manière générale, primaire mais aussi secondaire à un traumatisme. En ce qui concerne le cas du recourant, il évoque ce qui suit:

"Dans ce dossier, il est clairement démontré que l'arthrose des deux genoux est consécutive à d'anciennes lésions des ligaments croisés

Tribunal cantonal TC Page 10 de 12 datant de 1984 pour le [genou droit] et de 2009 [recte: 2000] pour le [genou gauche]. Aucun des documents médicaux fournis n'évoque une arthrose dégénérative primaire. Ce n'est donc pas du à une maladie [...]. Il est bien précisé que l'incapacité de travail est due au fait que le patient ne peut pas rester debout longtemps en raison de l'arthrose liée à ses genoux" (pièce M8 du mémoire- réponse). En réponse aux rapports médicaux récents produits par le recourant, le médecin-conseil expose dans sa prise de position du 2 juillet 2018 qu'"il est médicalement démontré qu'après une plastie du LCA, la probabilité d'une arthrose est d'au moins 25% si seul ce ligament est touch[é] et s'il n'y a pas de complications opératoires". Il conclut dès lors que le risque d'arthrose était pour le genou droit (recte: gauche), qui a subi plusieurs opérations, y compris une ostéotomie de valgisation, connu et quasiment de 100%. Le genou gauche [recte: droit] était déjà déconditionné en 2016 (fonte musculaire) ce qui présente un gros risque d'arthrose (pièce M9 du mémoire-réponse, produit avec les ultimes remarques).

E. 6.5

La consultation du dossier AI du recourant n'a pas amené de nouveaux éléments utiles pour statuer sur le présent litige.

E. 7

Au vu de ces éléments médicaux, la Cour de céans, amenée à trancher, retient ce qui suit:

E. 7.1

Il convient d'observer d'emblée que les spécialistes s'accordent sur le fait que les deux genoux du recourant sont atteints de gonarthrose: L'examen par scanner en novembre 2015 montre qu'il y a un "discret remaniement dégénératif de la face antéro-interne de la rotule" (rapport médical du Dr L._____, spécialiste en radiologie). Le Dr H._____ appuie ce point de vue en février 2016, en relevant qu'"on constate sur les examens radiologiques des troubles dégénératifs de ses deux genoux". De son côté, le Dr E._____ retient en mars 2017 "une dégénérescence cartilagineuse". Le Dr J._____, effectuant une IRM du genou gauche en décembre 2017, retient "des lésions dégénératives". Le Dr E._____ conclut le 21 décembre 2017 à "un processus dégénératif du genou comme le témoigne les nombreux ostéophytes ainsi que l'usure cartilagineuse fémoro-tibial interne et fémoro-tibial latéral". L'atteinte dégénérative du genou gauche a été décelée brièvement après l'accident en 2000. Ainsi, une orthoradiographie effectuée en 2002 a relevé une arthrose interne du genou gauche ainsi qu'un début d'ostéophytose (selon le Larousse médical, l'ostéophyte est une excroissance osseuse développée au pourtour d'une surface articulaire dont le cartilage est altéré par l'arthrose). L'instabilité récidivante du genou gauche provenait, selon les avis médicaux de l'époque, du varus et de l'arthrose du compartiment interne. En 2003, le diagnostic de "récidive d'instabilité antérieure du genou gauche, arthrose fémoro-patellaire débutante interne" est posé. Toutefois, au vu des complications, le chirurgien a noté en 2003 dans son protocole que "ce patient souffre d'une instabilité dont la récurrence n'est pas compréhensible avec des tunnels bien placés et aucun problème dû à un autre traumatisme". Enfin, en 2007, un examen radiographique a relevé que l'arthrose du genou gauche n'a pas progressé.

E. 7.2

S'agissant de l'origine de la gonarthrose, par contre, les avis des médecins divergent. Le médecin-conseil parle d'une atteinte dégénérative secondaire, tandis que les spécialistes traitants, notamment le Dr E. _____, la considère comme maladie.

Tribunal cantonal TC Page 11 de 12 Bien que le diagnostic de "gonarthrose secondaire" (prise de position du 12 mai 2016) posé par le médecin-conseil ne soit pas corroboré par les rapports médicaux précités et que ces derniers réfutent également l'argument selon lequel "aucun des documents médicaux fournis n'évoque une arthrose dégénérative primaire" (prise de position du 19 avril 2017), son point de vue n'est pas anodin. Il est en effet admis qu'après une opération, la probabilité d'une arthrose secondaire est fortement augmentée. Toutefois, ses appréciations, toutes très succinctes, ne contiennent ni motivation intelligible de son raisonnement ni discussion des avis médicaux divergents. Son analyse de la situation médicale suite à l'accident en 2000 ne s'appuie que sur des comptes-rendus des rapports médicaux, établis, semble-t-il, par F. _____ à la demande de la caisse-maladie (pièce M4 du mémoire-réponse) et non pas sur des rapports médicaux originaux, réunis par F. _____ à la demande du recourant (cf. pièce 7 du recours). S'agissant des rapports médicaux récents en lien avec la gonarthrose, l'on observe par ailleurs que le médecin-conseil ne se réfère qu'à certains d'entre eux. On peut dès lors se demander s'il a eu connaissance de tous les éléments pertinents – d'autant plus qu'il n'a pas procédé à un examen sur la personne de l'assuré. Force est donc de constater que dans l'ensemble, ses conclusions n'emportent pas la conviction de la Cour. Quant au Dr E. _____, il se borne à affirmer l'existence d'une maladie, sans expliquer pourquoi. En particulier, il ne suffit pas de poser le diagnostic d'une atteinte dégénérative pour retenir une maladie. En effet, un tel diagnostic ne donne pas d'informations sur l'origine de celle-ci, surtout dans le contexte d'une arthrose constatée après des interventions chirurgicales, lesquelles, dans 25% des cas, peuvent être la ou une cause de l'atteinte dégénérative. Aucun des médecins ne se détermine au demeurant sur l'évolution de cette dernière dans le temps. A cet égard, on peut en effet remarquer comme une pause entre 2002, date à laquelle on retient ce diagnostic, et 2007, date à laquelle on ne constate aucune évolution de cette dernière. Cas échéant, ceci pourrait permettre aux médecins d'en tirer des enseignements en termes de causalité naturelle.

E. 7.3

En résumé, face aux avis médicaux divergents mais également peu étayés figurant au dossier, il n'est pas possible à la Cour de trancher la question de fait qui lui est posée. Faute d'avoir instruit la cause suffisamment en ce qui concerne l'existence d'un lien de causalité naturelle entre les accidents aux genoux et la gonarthrose, il incombe à la caisse-maladie de diligenter une expertise (cf. ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

E. 8

Au vu de ce qui précède, le recours doit ainsi être admis et la décision querellée annulée. L'affaire doit être renvoyée à l'instance intimée, qui mettra sur pied une expertise afin d'éclaircir l'existence d'un lien de causalité entre les accidents aux genoux et la gonarthrose.

E. 9

Selon le principe de la gratuité de la procédure valant en la matière, il n'est pas perçu de frais de justice. Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens pour ses frais de défense. La mandataire du recourant, pourtant invitée à le faire, n'a pas produit sa note d'honoraires.

Tribunal cantonal TC Page 12 de 12 Partant, il sied de fixer l'indemnité de partie d'office, en tenant compte de la difficulté et de l'importance relatives de la présente cause. L'indemnité de partie est ainsi fixée à un montant total de CHF 2'154.-, soit CHF 2'000.- équivalant à 8 heures à CHF 250.-/heure au titre d'honoraires, débours compris, et à CHF 154.- au titre de la TVA (7.7%). Ce montant est intégralement mis à la charge de la caisse-maladie.

E. 10

Au vu de ce qui précède, la requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 258), devenue sans objet, est rayée du rôle. la Cour arrête : I. Le recours est admis (608 2017 257) et la décision sur opposition du 27 septembre 2017 de la caisse-maladie B._____ annulée. Partant, l'affaire est renvoyée à la caisse-maladie B._____ pour instruction complémentaire au sens des considérants. II. Il n'est pas perçu de frais de justice. III. Une indemnité de partie fixée à CHF 2'154.-, dont CHF 154.- (7.7%) au titre de la TVA, est allouée à A._____ pour ses frais de défense. Elle est mise intégralement à la charge de la caisse-maladie B._____. IV. La requête d'assistance judiciaire gratuite totale (608 2017 258), devenue sans objet, est rayée du rôle. V. 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 4 février 2019/asp Le Président :
La Greffière :

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