

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 277 vom 28. März 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-03-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2012\\_\\_277](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__277)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 277 du 28 mars 2012

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2012 / 277 del 28 marzo 2012

### Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ORDONNANCE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, AA, LÉSION DU GENOU, ACCIDENT, SUITE D'UN ACCIDENT, ATTEINTE DÉGÉNÉRATIVE, EXPERTISE MÉDICALE | 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 28.03.2012 Arrêt / 2012 / 277

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ORDONNANCE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, AA, LÉSION DU GENOU, ACCIDENT, SUITE D'UN ACCIDENT, ATTEINTE DÉGÉNÉRATIVE, EXPERTISE MÉDICALE | 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 99/11 - 39/2012 ZA11.037762 COUR DES ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt du 28 mars 2012

\_\_\_\_\_ Présidence de \_\_\_\_\_ Mme Pasche Juges : \_\_\_\_\_ M. Neu et Mme Rossier, assesseur Greffière : \_\_\_\_\_ Mme Berberat \*\*\*\*\* Cause pendante entre : S. \_\_\_\_\_, à [...], recourant, représenté par Me Irène Wettstein Martin, avocate à Vevey, et Caisse J. \_\_\_\_\_, à [...], intimée. \_\_\_\_\_ Art. 6 al. 1 LAA; 11 OLAA E n f a i t : A. a) S. \_\_\_\_\_, né en 1957, est employé comme logopédiste auprès de la Fondation H. \_\_\_\_\_ à [...] depuis août 1982. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de la Caisse J. \_\_\_\_\_. b) Selon un protocole opératoire du 17 mars 1978, l'assuré a subi une méniscectomie interne gauche totale et l'ablation d'un lambeau déchiré du ménisque externe, pour déchirures. Dans son résumé d'hospitalisation du 28 mars 1978, le Dr L. \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une déchirure du ménisque interne, une ancienne déchirure du ménisque externe et une gonarthrose débutante du genou gauche. c) Selon un certificat médical initial du 20 septembre 1983 adressé à la Caisse J. \_\_\_\_\_, le Dr B. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a indiqué que l'assuré, en jouant au volley-ball le 14 septembre 1983, avait sauté et s'était réceptionné avec un mouvement de rotation du pied. Il avait eu le sentiment que son genou gauche se déboîtait et avait ressenti des douleurs très violentes sur le moment. Le Dr B. \_\_\_\_\_ avait alors diagnostiqué une suspicion de lésion ancienne du ligament croisé antérieur avec instabilité antéro-latérale, ainsi qu'un status après méniscectomie interne en 1977 [recte: 1978]. Le 30 avril 1984, le Dr B. \_\_\_\_\_ a posé, en relation avec l'événement du 14 septembre 1983, les diagnostics définitifs d'instabilité antéro-latérale du genou gauche, suite à une ancienne rupture du ligament croisé antérieur, de status après méniscectomie interne en 1977 [recte: 1978] et de status après phénomène aigu de Pivot-shift douloureux. Le traitement avait duré du 15 septembre au 8 novembre 1983. Le Dr B. \_\_\_\_\_ relevait enfin qu'il fallait s'attendre à un dommage permanent, à savoir une

instabilité du genou gauche. Le 16 octobre 1984, le Dr V. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a fait savoir à la Caisse J. \_\_\_\_\_ que l'assuré se considérait comme guéri et ne bénéficiait plus de mesures thérapeutiques. Cela étant, il n'était pas exclu pour ce médecin qu'une intervention réparatrice du genou gauche trouve ultérieurement une indication. Au vu de ces éléments, la Caisse J. \_\_\_\_\_ a mandaté le Dr D. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, pour la réalisation d'une expertise de l'assuré. Selon son rapport d'expertise du 6 mai 1985 faisant suite à un examen clinique de l'assuré du 3 mai 1985, ce dernier présentait une instabilité antéro-externe du genou gauche post-traumatique avec Pivot-shift sur rupture du ligament croisé antérieur. Celle-ci pourrait nécessiter une plastie ligamentaire en cas d'aggravation des signes d'instabilité ou d'apparition de phénomènes dégénératifs. Le Dr D. \_\_\_\_\_ était d'avis que les séquelles actuelles devaient être attribuées à l'accident de septembre 1983. d) Le 25 octobre 1989, l'employeur de l'assuré a déposé une déclaration d'accident LAA en raison d'un événement survenu le 24 octobre 1989 et décrit comme suit : "Lors d'un match de volley-ball, saut très haut, au filet pour récupérer un ballon, déséquilibré par un adversaire, mauvaise réception sur la jambe gauche." L'intéressé a subi une toilette arthroscopique du genou [gauche] le 19 décembre 1989. A cette occasion, le Dr N. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de gonarthrose post-traumatique, de status après ménisectomie interne et de lésions méniscales externes et laxité du LCA (ligament croisé antérieur) du genou gauche. Le Dr X. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, a en outre procédé le 21 juin 1990 à une plastie ligamentaire du genou gauche. Dans son rapport opératoire du même jour, il a posé les diagnostics de status après ménisectomie interne et de distorsion à répétition du genou gauche sur instabilité antérieure chronique. Dans un courrier du 12 juin 1991, la Caisse J. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assuré que l'opération de plastie du ligament croisé antérieur du genou gauche de juin 1990 n'était pas une suite de l'accident du 24 octobre 1989, mais une conséquence lointaine de l'accident qu'il avait subi le 14 septembre 1983. La Caisse J. \_\_\_\_\_ notait en outre que les frais de l'intervention de juin 1990 étant en relation avec l'accident de 1983, elle les prenait intégralement en charge. e) Le 16 octobre 2010, à l'occasion d'une cueillette de champignons, l'assuré a glissé sur un terrain pentu, avec violente flexion et torsion du genou et choc sur une racine, selon la déclaration d'accident LAA de son employeur du 26 octobre 2010. Dans un rapport médical initial du 22 novembre 2010 à la Caisse J. \_\_\_\_\_, le Dr X. \_\_\_\_\_ a indiqué que les premiers soins avaient été dispensés le 22 novembre 2010 et que le travail n'avait pas été interrompu. Il posait les diagnostics de status après ménisectomie interne en 1977 [recte: 1978], de status après plastie LCA en 1990, et de gonarthrose tricompartmentale à composante fémoro-tibiale interne post-traumatique. Il a répondu par l'affirmative à la question de savoir si les lésions étaient dues uniquement à l'événement du 16 octobre 2010. S'agissant du déroulement de cet événement, ce médecin relevait ce qui suit : "Patient ayant pris contact en raison de gonalgies gauches, traumatisme à 2 reprises, le dernier en octobre 2010. Chute avec flexion forcée. Depuis lors, douleurs du compartiment interne et fémoro-patellaire. A noter chez ce patient un status après ménisectomie interne 1977. D'autre part, status après plastie LCA selon Kenneth Jones modifiée (1990)." Le Dr X. \_\_\_\_\_ a en outre constaté que la marche se faisait sans boiterie, et qu'à l'examen couché, la mobilisation de la hanche gauche était libre et indolore sans signe de conflit coxo-fémoral. Il faisait par ailleurs les observations suivantes: "Genou gauche: Pas d'hydrops. Rabot +. Douleurs à la palpation de l'interligne articulaire interne. Pivot schift négatif. Douleurs rotuliennes à la flexion au delà de 130°". Quant au type de traitement, il a

proposé de la physiothérapie en réserve, en notant qu'il était probable qu'à moyen ou long terme la gonarthrose se décompense, avec en conséquence la mise en place d'une prothèse totale du genou gauche. Le Dr M. \_\_\_\_\_ a examiné l'assuré le 4 février 2011. Il a rapporté dans son rapport du même jour que ce dernier souffrait des séquelles traumatiques de son genou gauche avec lésion méniscale en 1979 suivie d'une entorse ligamentaire en 1990 qui avait nécessité une plastie du ligament croisé antérieur prise en charge par la Caisse J. \_\_\_\_\_. Les suites avaient été marquées par l'apparition de gonalgies antéro-internes et suite à une entorse le 16 octobre 2010 lors d'un traumatisme en flexion forcée, le patient souffrait de douleurs exacerbées. Il avait consulté le Dr X. \_\_\_\_\_ qui avait mis en évidence une symptomatologie fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire avec une plastie du ligament croisé parfaitement compétente. Le Dr M. \_\_\_\_\_ relevait encore que le patient ne pouvait actuellement plus pratiquer de course et qu'il souffrait de gonalgies constantes. La position assise prolongée, notamment en voiture, était douloureuse. Il n'y avait pas de lâchage ni de réel blocage mais la flexion entraînait une appréhension d'un ressaut ou d'une douleur. Quant à l'examen clinique, il révélait un patient en excellent état général; le bassin était équilibré, les membres inférieurs semblaient normo-axés. Il existait un léger déficit d'extension du genou gauche d'environ 5°. La flexion était de 130°. Les hanches avaient une mobilité sans particularité, le genou était parfaitement stable dans le plan frontal et sagittal. Par contre, la palpation de l'interligne fémoro-tibiale interne déclenchait des douleurs, les épreuves méniscales aucun ressaut. Il existait également une symptomatologie à la palpation de l'aileron rotulien interne avec un rabot et un Wiberg positifs. Le Dr M. \_\_\_\_\_ notait encore ce qui suit : "Sur les radiographies nous sommes en présence d'une gonarthrose post-traumatique fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire avec une composante de chondrocalcinose post-traumatique du compartiment fémoro-tibial externe. La télémétrie révèle un axe de charge qui passe à l'aplomb du massif des épines à gauche. Le genou est normo-axé à droite. Appréciation du cas : je pense que l'on peut légitimement proposer à M. S. \_\_\_\_\_ un resurfaçage personnalisé du comportement fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire qui a pour avantage un grand respect du stock osseux, de permettre une bonne récupération des amplitudes articulaires et ne pas préteriter à l'avenir une éventuelle arthroplastie totale du genou si celle-ci est nécessaire à moyen ou long terme. L'intervention nécessite une hospitalisation d'une semaine suivie d'un retour à domicile et un arrêt de travail d'environ 4 à 8 semaines. L'intervention est planifiée le 11.04.2011." Dans un rapport du 27 septembre 2011 à l'avocate de l'assuré, le Dr M. \_\_\_\_\_ a apporté les réponses suivantes aux questions qui lui étaient posées : "Un état maladif préexistant dont souffrait le patient a-t-il été aggravé ou est-il apparu consécutivement à l'accident survenu en 2010 ? Lorsque j'ai vu en première consultation M. S. \_\_\_\_\_ le 4 février 2011, celui-ci m'a mentionné une série de traumatismes du genou gauche avec une première lésion méniscale en 1979 suivie d'une entorse ligamentaire en 1990 qui a nécessité une plastie du ligament croisé antérieur qui fut prise en charge par la Caisse J. \_\_\_\_\_. Les suites ont été marquées par l'apparition de gonalgies antéro-internes et suite à une entorse le 7 octobre 2010 lors d'un traumatisme en flexion forcée, le patient a souffert d'une nette décompensation de ses douleurs. En effet, il n'a plus été capable de pratiquer la course à pied, souffrait de douleurs constantes, la position assise prolongée est devenue douloureuse, la flexion s'associait à une appréhension et à un syndrome douloureux. L'atteinte dont souffre actuellement le patient résulte-t-elle exclusivement de causes étrangères à l'accident ? Non. L'accident du 16 octobre 2010 a décompensé une gonarthrose posttraumatique qui était alors peu

symptomatique. L'accident survenu en 2010 n'a-t-il fait que déclencher un processus qui serait de toute manière survenu sans cet événement ? Le patient souffrait d'une gonarthrose posttraumatique qui a débuté en 1979 puis en 1990 sans un syndrome douloureux particulier. On peut considérer que l'accident du 16 octobre 2010 a été de façon vraisemblable l'élément qui a décompensé une gonarthrose alors peu symptomatique. L'état maladif antérieur est-il revenu au stade où il se trouvait avant l'accident ? Non, le patient a dû bénéficier d'un geste chirurgical prothétique fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire. L'état maladif antérieur est-il actuellement au stade d'évolution qu'il aurait atteint même sans l'accident ? Non, sans accident aucune intervention chirurgicale prothétique n'aurait été indiquée à ce stade." Par décision du 22 mars 2011, la Caisse J. \_\_\_\_\_ a fait savoir à l'assuré que son intervention concernant l'accident du 16 octobre 2010 se limitait aux frais encourus jusqu'au 4 février 2011. En substance, elle a retenu que l'examen du dossier ne démontrait pas l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident du 16 octobre 2010 et les problèmes actuels de l'assuré au genou gauche. De l'avis de son médecin-conseil, le Dr G. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique, ces troubles étaient déjà présents en 1978; il s'agissait donc aujourd'hui de l'évolution naturelle des troubles déjà constatés en 1978. Ils n'étaient de ce fait pas non plus en rapport de causalité avec les accidents des 14 septembre 1983 et 24 octobre 1989 qu'elle avait également assurés. Par le biais de son assurance de protection juridique, l'assuré a formé opposition à cette décision le 15 avril 2011. Il s'est plaint d'une violation de son droit d'être entendu, dès lors qu'il ne parvenait pas à connaître les motifs pour lesquels la Caisse J. \_\_\_\_\_ reliait l'atteinte à la santé liée à l'accident de 2010 à celui de 1978, plutôt qu'à celui de 1983 ou 1989. Il faisait ensuite état d'une violation de l'art. 43 LPGA, dans la mesure où la Caisse J. \_\_\_\_\_ ne l'avait pas soumis à une expertise médicale, et faisait enfin valoir qu'en l'absence d'instruction complémentaire, l'assureur LAA devait admettre qu'il devait prester, déplorant une violation des art. 10 et 16 LAA. La Caisse J. \_\_\_\_\_ a soumis le dossier de l'assuré à son médecin-conseil, qui a rédigé le 5 mai 2011 le rapport médical suivant : "Un accident survenu le 16.10.10 est annoncé à la Caisse J. \_\_\_\_\_ : une distorsion, une contusion du genou gauche en glissant dans un terrain en pente, à la recherche de champignons. M. S. \_\_\_\_\_ est logopédiste à la Fondation H. \_\_\_\_\_ à [...], engagé le 1.8.82 à 100 %. Il faut relever dans l'anamnèse une ancienne distorsion du genou gauche en 78, prise en charge par une autre assurance accidents puisque M. S. \_\_\_\_\_ n'est assuré à la Caisse J. \_\_\_\_\_ que depuis le 1.8.82, avec une hospitalisation du 16 au 24.3.78, donc 8 jours, pour ménissectomie interne totale, excision d'un lambeau déchiré du ménisque externe, où l'opérateur, le Dr L. \_\_\_\_\_, retient le diagnostic de gonarthrose. Le lambeau méniscal externe est relativement important, puisqu'il mesure entre 3 et 4 cm. L'opérateur décrit des ligaments croisés hyperémiés, donc probablement ayant été traumatisés aussi, il décrit aussi un rebord cartilagineux au condyle interne irrégulier, rebord qui est abrasé. La ménissectomie interne est totale, par double arthrotomie antéro-interne et postéro-interne. Accident du 14.9.83: dans son expertise de mai 85, le Dr D. \_\_\_\_\_ mentionne un événement survenu le 14.9.83, une rotation en se réceptionnant d'un saut au volleyball, probablement un épisode d'instabilité, pas d'accident. Le jour suivant, est constatée une nette instabilité du genou, ce qui laisse suspecter que l'instabilité est antérieure à l'accident de septembre 83, d'autant plus qu'il n'y a pas d'épanchement intra-articulaire. Un autre chirurgien orthopédiste consulté en octobre 84, le Dr V. \_\_\_\_\_, se demande si la lésion du ligament croisé antérieur n'est pas antérieure à l'accident de septembre 83. Du reste, après cet événement, M. S. \_\_\_\_\_ peut reprendre le volleyball sans remarquer

d'instabilité, mais des douleurs internes en rapport avec la gonarthrose déjà décrite en 78 par le Dr L.\_\_\_\_\_. Dans cette expertise, le Dr D.\_\_\_\_\_ décrit un ligament croisé antérieur intact à l'opération de 78, ce qui n'est pas correct, il y avait des signes de souffrance du ligament croisé antérieur, une hyperémie qui peut parfaitement expliquer une distension progressive de ce LCA dans les années qui suivent. Mon appréciation me semble d'autant plus correcte que dans les années qui ont suivi cet accident de 78, M. S.\_\_\_\_\_ mentionne des sensations de déboîtement lors d'efforts physiques, comme en septembre 83. Un autre accident survient lors d'un match de volley le 24.10.89 : mauvaise réception après un saut, événement comparable à celui de septembre 83. Une toilette articulaire arthroscopique du genou gauche est réalisée le 19.12.89. L'opérateur, le Dr N.\_\_\_\_\_, retient comme le Dr L.\_\_\_\_\_, le diagnostic de gonarthrose. A l'arthroscopie, le cartilage de la rotule présente une surface irrégulière, celui du condyle fémoral interne est érodé, irrégulier. L'os sous-chondral est même visible. Le cartilage du plateau tibial est érodé aussi. Le ligament croisé antérieur est détendu, s'il est détendu ça ne peut être qu'en rapport avec l'accident de 78, l'accident d'octobre 90 aurait entraîné une déchirure du LCA et non un ligament croisé antérieur détendu. Un nouveau lambeau méniscal externe avec une fissure longitudinale sur un ménisque externe d'aspect dégénératif est décrit. L'opérateur régularise le rebord méniscal externe et le cartilage du condyle fémoral interne. 6 mois plus tard, le 21.6.90, en raison de distorsions répétées du genou gauche, le Dr X.\_\_\_\_\_ intervient chirurgicalement pour la 3 e fois : plastie ligamentaire du LCA du genou gauche. A l'opération, est retrouvée l'hyperlaxité du LCA. A la suite de l'accident d'octobre 10, M. S.\_\_\_\_\_ consulte le Dr X.\_\_\_\_\_ le 22.11.10, qui retient le diagnostic de gonarthrose tricompartmentale, surtout fémoro-tibiale interne, après méniscectomie interne en 77. Le 4.2.11, le Dr M.\_\_\_\_\_ examine M. S.\_\_\_\_\_, il décrit une gonarthrose fémoro-tibiale interne, fémoro-patellaire, une chondrocalcinose, il propose une intervention chirurgicale de resurfaçage fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire. Cette évolution est en rapport avec la méniscectomie totale de mars 78, date à laquelle M. S.\_\_\_\_\_ n'était pas assuré par la Caisse J.\_\_\_\_\_. Du reste, l'opérateur de 78 signalait déjà une gonarthrose. Sur ma recommandation, la Caisse J.\_\_\_\_\_ prend la décision de ne pas intervenir sur l'arthroplastie du genou gauche envisagée par le Dr M.\_\_\_\_\_. Dans son opposition à cette décision, Mme [...] de la protection juridique [...] mentionne sous point 5 la guérison, la reprise des activités sportives après la méniscectomie interne totale. C'est tout à fait exact, il s'agit d'une guérison à court terme d'une méniscectomie interne, mais à long terme, une telle méniscectomie interne totale évolue irrémédiablement et progressivement, vers la gonarthrose. Au point 6, il est noté que le Dr D.\_\_\_\_\_ exclut toute relation de causalité avec l'accident survenu en 78, ce n'est pas exact, le Dr D.\_\_\_\_\_ a envisagé aussi la possibilité d'un rapport avec l'accident de 78, comme je l'ai signalé précédemment. Toujours sous point 6, il n'a pas été constaté de rupture du LCA, mais un LCA détendu, ce qui explique parfaitement bien les sensations d'instabilité ressenties par M S.\_\_\_\_\_ depuis son accident de 78, ce qui explique aussi parfaitement bien la mauvaise réception en sautant en 83 et en 89." L'assuré a complété son opposition le 17 juin 2011. Il y a relevé que la question de savoir si l'atteinte à la santé survenue à la suite de l'accident de 1983 devait être attribuée à celui de 1978 avait déjà été disputée à l'époque. Cela avait conduit à la désignation en qualité d'expert du Dr D.\_\_\_\_\_, qui avait dû déterminer la date de la rupture du ligament croisé antérieur, qui avait été attribuée à l'événement survenu en 1983, sans que la valeur probante de son expertise ne soit remise en cause. Il notait que le rapport du Dr G.\_\_\_\_\_, qui n'intervenait pas en qualité d'expert mais de médecin-conseil, ne

remplissait pas les conditions permettant de lui accorder valeur probante. Il relevait par ailleurs que dans le cadre de l'instruction ayant suivi l'accident de 1989, le Dr G. \_\_\_\_\_ avait également voulu mettre en lien l'atteinte à la santé subie à cette occasion avec l'accident de 1978, appréciation que la Caisse J. \_\_\_\_\_ n'avait pas suivie en acceptant de prendre en charge les frais de traitement dont il avait bénéficié. Par décision sur opposition du 8 septembre 2011, la Caisse J. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Elle a indiqué que le dossier de l'assuré avait été soumis le 16 mars 2011 à son médecin-conseil, le Dr G. \_\_\_\_\_, qui a estimé que les troubles actuels au genou gauche n'étaient pas en rapport de causalité avec les accidents de 1983, de 1989 et de 2010, puisqu'ils avaient déjà été constatés en 1978 lors de la méniscectomie. Elle a expliqué en se référant à l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ que l'assuré présentait déjà des atteintes dégénératives du compartiment interne sous forme de gonarthrose débutantes lors de la méniscectomie interne totale du 17 mars 1978. Elle a relevé que de l'avis de son médecin-conseil, une méniscectomie interne totale telle que celle pratiquée le 17 mars 1978 évolue irrémédiablement et progressivement vers la gonarthrose. A l'heure actuelle, le problème de l'assuré était bien la gonarthrose, principalement fémoro-tibiale interne, qui le faisait souffrir et qui justifiait les traitements entrepris à partir du 22 novembre 2010. Cette gonarthrose déjà débutante en 1978 s'était aggravée dans les suites de la méniscectomie interne totale. Les troubles actuels étaient donc en relation avec un état préexistant aux accidents des 14 septembre 1983, 24 octobre 1989 et 16 octobre 2010. Elle en déduisait que c'était dès lors à juste titre qu'elle avait mis un terme à ses prestations au 4 février 2011. B. Par acte de son conseil du 7 octobre 2011, S. \_\_\_\_\_ recourt contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal, en concluant à sa réforme en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge les suites de l'événement accidentel du 16 octobre 2010, subsidiairement au renvoi de la cause pour mise en œuvre d'une expertise médicale en collaboration avec lui. En substance, il fait valoir qu'il a été victime d'un accident le 16 octobre 2010, dont il est résulté une nouvelle atteinte au genou gauche, et que l'avis de l'intimée selon lequel ses troubles actuels ne seraient pas dans un rapport de causalité avec l'accident survenu en 2010, mais l'évolution naturelle des problèmes de santé déjà constatés en 1978 ne peut être suivi. A cet égard, il observe que le Dr G. \_\_\_\_\_ n'agit pas en toute indépendance en sa qualité de médecin-conseil de l'intimée depuis des années, et ne l'a jamais examiné personnellement. Il n'a en outre pas procédé à une analyse claire et dûment motivée de la situation médicale. En particulier, il a contesté l'avis de l'expert émis en 1985 sans expliquer pour quelle raison il ne pourrait être suivi, alors même que cette expertise avait été requise par l'intimée, et que celle-ci en avait suivi les conclusions. L'intimée avait du reste pris en charges les suites de l'accident de 1989, contre l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_. Dans un second moyen, il explique que 32 ans se sont écoulés entre l'accident de 1978 et l'affection actuelle, ce laps de temps étant suffisamment long pour exclure tout rapport de causalité entre ces deux événements, qu'il n'a pas eu de traumatisme du genou entre 1978 et 1983, et qu'après le toilettage arthroscopique de 1989, puis la plastie ligamentaire pratiquée en 1990, il n'a souffert d'aucune instabilité pendant 20 ans, soit jusqu'à l'accident de 2010. Pour lui, le temps écoulé depuis 1978 et les deux graves traumatismes subis depuis conduisent à exclure que les troubles actuels sont dus à l'évolution naturelle des troubles déjà constatés en 1978 comme le soutient l'intimée. Il se réfère pour le surplus au rapport d'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_, qui relevait qu'à la suite de l'accident [survenu en 1978], il s'était guéri et avait pu reprendre ses activités sportives. Il se réfère en outre à l'appréciation du Dr X. \_\_\_\_\_, pour qui les lésions actuelles sont dues uniquement au dernier accident,

ainsi qu'à l'avis du Dr M. \_\_\_\_\_, pour qui l'accident survenu en 2010 a nettement décompensé les douleurs et rendu nécessaire une intervention chirurgicale prothétique. Il en déduit que tout lien de causalité entre les affections actuelles et l'accident survenu en 1978 peut très vraisemblablement être exclu. Il se réfère par ailleurs au rapport médical établi le 27 septembre 2011 par le Dr M. \_\_\_\_\_, et fait valoir que l'avis de ce praticien, qui a procédé à l'intervention, qui a eu accès à son dossier et qui a examiné son genou, est crédible. A titre subsidiaire, il observe encore qu'il incombait à l'intimée de procéder à une expertise médicale. Comme l'avis du Dr G. \_\_\_\_\_ est en contradiction avec les rapports des médecins traitants, dont le Dr X. \_\_\_\_\_, ainsi qu'avec celui du Dr D. \_\_\_\_\_, elle ne pouvait liquider l'affaire sans mettre en œuvre une expertise. Il requiert par conséquent à titre de mesure d'instruction la mise en œuvre d'une expertise médicale. Dans sa réponse du 11 novembre 2011, l'intimée conclut au rejet du recours. Elle explique en premier lieu qu'elle n'a pas assuré l'événement de 1978. Elle ne nie pas l'existence d'un accident le 16 octobre 2010, mais observe en se référant au rapport médical du Dr M. \_\_\_\_\_ du 27 septembre 2011, que celui-ci intervient dans un contexte de gonalgies antéro-internes déjà présentes avant la chute du 16 octobre 2010. Elle note que cette chute n'a certainement pas eu des conséquences importantes, vu que le recourant a consulté seulement le 22 novembre 2011. Elle soutient ensuite que la valeur probante du rapport médical du Dr G. \_\_\_\_\_ ne peut être contestée du seul fait qu'il agit en qualité de médecin-conseil. Elle précise qu'elle n'avait pas pris position contre son médecin-conseil en 1991. Elle relève à cet égard que le Dr G. \_\_\_\_\_ attribuait alors les lésions aux événements antérieurs au 24 octobre 1989, et que c'est ce qu'elle a finalement retenu, sur la base du rapport du Dr D. \_\_\_\_\_, puisqu'elle a pris en charge les frais comme conséquence de l'événement du 14 septembre 1983. Elle constate encore que le Dr G. \_\_\_\_\_ ne remet pas en question l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ dans son rapport médical du 5 mai 2011, mais donne son avis sur la date de la rupture du ligament croisé antérieur qu'il tend pour sa part à faire remonter à 1978 plutôt qu'à 1983. L'intimée observe qu'il ne s'agit cependant pas de la problématique actuelle et qu'elle n'entend pas remettre en question ce point réglé à l'époque. Elle relève par contre que le Dr D. \_\_\_\_\_ ne s'était pas prononcé sur le rapport de causalité entre l'arthrose interne mise en évidence le 17 mars 1978 et les événements de 1978 ou 1983. Par contre, 26 ans après cette prise de position, l'intimée note que le Dr G. \_\_\_\_\_ explique pourquoi il considère que la gonarthrose essentiellement fémoro-tibiale interne qui a justifié les traitements entrepris à partir du 22 novembre 2010 n'est pas en rapport de causalité avec les événements qu'elle assure. Elle relève ainsi, s'agissant du laps de temps entre 1978 et 2010, que le Dr G. \_\_\_\_\_ l'explique par le fait que la ménisectomie interne totale évolue irrémédiablement, à long terme, vers la gonarthrose et ce d'autant plus que ce genou était déjà le siège d'une arthrose débutante le 17 mars 1978. Elle observe que le recourant ne souffre pas d'instabilité de son genou gauche depuis son accident du 16 octobre 2010, mais de gonalgies antéro-internes. Elle soutient que dans la mesure où l'évolution après la plastie du ligament croisé antérieur du 21 juin 1990 est tout à fait favorable, les douleurs que présente le recourant en 2010 sont unanimement attribuées à la gonarthrose tricompartmentale à composante fémoro-tibiale interne. Comme il s'agit de l'évolution irrémédiable d'une ménisectomie interne totale, que le recourant présentait déjà des gonalgies antéro-internes avant le dernier accident du 16 octobre 2010 et qu'il n'a consulté qu'un mois plus tard, le Dr G. \_\_\_\_\_ retient que l'accident du 16 octobre 2010 n'a pu décompenser la situation que très momentanément, si bien qu'il fixe le retour du statu quo sine au plus tard le 4 février 2011. L'intimée conclut que les traitements ultérieurs à cette

date visant à traiter cette gonarthrose ne sont dès lors pas à sa charge, la gonarthrose devant être considérée comme une suite tardive de l'événement de 1978. Dans sa réplique du 2 décembre 2011, le recourant rappelle que l'accident du 16 octobre 2010 a décompensé une gonarthrose post-traumatique alors peu symptomatique et a justifié une intervention chirurgicale, que le Dr D. \_\_\_\_\_ avait exclu en 1985 un lien avec les événements survenus en 1978, que l'appréciation fondant le retour du statu quo sine au plus tard le 4 février 2011 n'est pas motivée par le Dr G. \_\_\_\_\_, alors que le Dr M. \_\_\_\_\_ conclut que l'accident du 16 octobre 2010 a décompensé une gonarthrose alors peu symptomatique et que sans cet accident, l'intervention chirurgicale d'avril 2011 n'aurait pas été indiquée. Il fait à nouveau valoir qu'il n'y a pas de raison d'attribuer la responsabilité de tous les événements accidentels survenus depuis 1983 aux circonstances remontant à 1978, soit il y a 33 ans. En outre, le Dr D. \_\_\_\_\_ avait constaté que "les légers phénomènes dégénératifs constatés par le Dr L. \_\_\_\_\_ en 1978 semblent avoir régressé et n'entraînent en tout cas aucun trouble actuellement". Il en déduit que l'état maladif préexistant a été aggravé en raison de l'accident survenu en 2010, qui a déclenché un processus qui ne se serait sinon pas produit, et dont l'intervention d'avril 2011 est la conséquence. Dans sa duplique du 9 janvier 2010, l'intimée rappelle qu'en 1991, la question litigieuse était de savoir à quel traumatisme (1978, 1983 ou 1989) attribuer la rupture du ligament croisé antérieur, question tranchée par l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ qui l'attribuait à l'événement de 1983. Ainsi elle avait pris en charge la plastie du ligament croisé antérieur du 21 juin 1990 comme séquelle de l'événement de 1983. Elle explique que la question désormais litigieuse est celle de savoir si la gonarthrose tricompartmentale à composante fémoro-tibiale interne diagnostiquée en 2010 est en rapport de causalité avec un des événements qu'elle assure. Elle répète à cet égard qu'il s'agit là d'une conséquence tardive de l'intervention subie en 1978. Elle en déduit que l'accident du 16 octobre 2010 n'est ainsi pas la cause de cette atteinte et que l'aggravation de cet état antérieur par l'accident du 16 octobre 2010 ne peut raisonnablement pas excéder quatre mois en l'espèce. Ainsi le traitement ultérieur de cette gonarthrose par un geste chirurgical ne saurait être mis à sa charge. Le recourant a indiqué le 2 février 2010 qu'il n'avait pas d'observations complémentaires à formuler. E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit à cet égard la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) Interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent et satisfaisant aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. 2. a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée

dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 consid. 2c; 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53, confirmé par TF 9C\_441/2008 du 10 juin 2009 consid. 2.1). b) La question litigieuse est celle de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 8 septembre 2011, à mettre un terme à ses prestations d'assurance au 4 février 2011 pour ce qui est des suites de l'événement du 16 octobre 2010. 3. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident, professionnel, non-professionnel ou de maladie professionnelle. Le droit à des prestations suppose, notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé: il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte. Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement "post hoc, ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré. 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1). Le juge tranche cette question de fait en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, en les appréciant selon la règle du degré de vraisemblance prépondérante. Si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine). En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202]). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. On parle de rechute lorsque la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, 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 (ATF 123 V 137 consid. 3a). b) En matière d'appréciation 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. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a récemment précisé que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se

fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465, TF 8C\_465/2010 du 19 avril 2011 consid. 3). 4. Se référant aux constatations de son médecin-conseil, l'intimée retient que la gonarthrose présentée par le recourant est une conséquence tardive de l'intervention qu'il a subie en 1978, les troubles présentés actuellement par le recourant étant en relation de causalité avec un état préexistant aux accidents de 1983, 1989 et 2010. Pour sa part, le recourant soutient qu'il a subi une nouvelle atteinte au genou gauche à la suite de l'accident du 16 octobre 2010 et que tout lien de causalité entre ses affections actuelles et l'accident survenu en 1978 peut être exclu.

a) Les parties qualifient toutes les deux l'événement du 16 octobre 2010 d'accident. Cela étant, les avis des praticiens divergent sur le point de savoir si les troubles présentés par le recourant sont dus, en tout ou partie, à cet événement traumatique, ou à des atteintes dégénératives. A cet égard, le Dr X. \_\_\_\_\_, qui a examiné le recourant le 22 novembre 2010, a posé les diagnostics de status après méniscectomie en 1977 et status après plastie LCA en 1990, ainsi que celui de gonarthrose tri-compartmentale à composante fémoro-tibiale interne post-traumatique. Il a en outre répondu par l'affirmative dans son rapport médical du même jour à l'intimée à la question de savoir si les lésions constatées étaient dues uniquement à l'événement du 16 octobre 2010. Pour sa part, le Dr M. \_\_\_\_\_, qui a examiné l'intéressé le 4 février 2011, a indiqué la présence d'une gonarthrose post-traumatique fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire avec une composante de chondrocalcinose post-traumatique du compartiment fémoro-tibial externe. Il a relevé que le recourant souffrait des séquelles traumatiques de son genou gauche, avec des douleurs exacerbées à la suite de l'entorse du 16 octobre 2010. Le Dr M. \_\_\_\_\_, sur requête de l'avocate du recourant, a précisé le 27 septembre 2011 qu'à la suite de l'événement du 16 octobre 2010, il avait souffert d'une nette décompensation de ses douleurs. Pour le Dr M. \_\_\_\_\_, on peut considérer que l'événement du 16 octobre 2010 a été de façon vraisemblable l'élément qui a décompensé une gonarthrose alors peu symptomatique. L'intimée a soumis le dossier du recourant à son médecin-conseil, le Dr G. \_\_\_\_\_. Selon le rapport de ce dernier du 5 mai 2011, l'évolution du genou gauche du recourant est en rapport avec la méniscectomie totale de mars 1978, date à laquelle la gonarthrose était au demeurant déjà signalée. De l'avis de ce médecin, si la méniscectomie interne effectuée en 1978 a permis une guérison à court terme, une telle méniscectomie interne totale évolue irrémédiablement et progressivement vers la gonarthrose à long terme. Le Dr G. \_\_\_\_\_ est ainsi d'avis que l'on est désormais en présence d'une atteinte dégénérative, la gonarthrose étant une conséquence tardive de l'intervention subie en 1978. Il apparaît ainsi que les rapports médicaux au dossier ne sont pas concordants : alors que le Dr X. \_\_\_\_\_ retient que les douleurs du recourant sont dues à l'accident du 16 octobre 2010, et le Dr M. \_\_\_\_\_ que cet accident a décompensé une gonarthrose jusqu'alors peu symptomatique, le Dr G. \_\_\_\_\_ soutient qu'il s'agit plutôt des conséquences irrémédiables de l'événement de 1978.

b) Les appréciations divergentes émises dans les avis médicaux précités laissent subsister des doutes quant à l'état de santé du recourant. Si les avis des Drs X. \_\_\_\_\_ et M. \_\_\_\_\_ paraissent concordants, ils sont brefs. En particulier, le Dr X. \_\_\_\_\_ n'a adressé qu'un rapport médical initial à l'intimée, se contentant de cocher la réponse "oui" à la question de savoir si les lésions étaient dues uniquement à l'accident, sans plus amples précisions. Il n'a par ailleurs pas établi d'anamnèse, ni étayé ses observations. Quant au Dr M. \_\_\_\_\_, il a mis en évidence dans son rapport médical du 4 février 2011 des gonalgies constantes chez son patient et a

diagnostiqué une gonarthrose post-traumatique fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire avec une composante de chondrocalcinose post-traumatique du compartiment fémoro-tibial externe. Il ne s'est toutefois pas déterminé sur la question du lien de causalité entre ces troubles et l'accident du 16 octobre 2010, se contentant de conseiller un resurfaçage du compartiment fémoro-tibial interne et fémoro-patellaire. Ce n'est que sur requête du conseil du recourant qu'il a finalement indiqué le 27 septembre 2011 que l'accident du 16 octobre 2010 avait décompensé une gonarthrose posttraumatique qui était alors peu symptomatique, et que sans l'accident, aucune intervention chirurgicale prothétique n'aurait été indiquée à ce stade. On ne peut pas non plus suivre le rapport médical du Dr G. \_\_\_\_\_ du 5 mai 2011 : si ce praticien rappelle l'état de fait antérieur, ses explications visent essentiellement à faire état de sa propre appréciation à la suite de l'expertise du Dr D. \_\_\_\_\_ de 1985 sur la date de la rupture du LCA, qu'il fait remonter à 1978 plutôt qu'à 1983. S'agissant plus précisément de l'événement du 16 octobre 2010, le Dr G. \_\_\_\_\_ affirme, vu les diagnostics posés par le Dr M. \_\_\_\_\_ le 4 février 2011, que l'évolution constatée est en rapport avec la ménisectomie totale de mars 1978, en voulant pour preuve le fait que l'opérateur mentionnait alors déjà une gonarthrose. Il expose ensuite qu'une ménisectomie interne totale évolue irrémédiablement et progressivement vers la gonarthrose, élément qu'il tient pour constant sans autres explications. Par ailleurs le Dr G. \_\_\_\_\_ ne se détermine pas dans son rapport du 5 mai 2011 sur la durée de l'aggravation de l'état antérieur à la suite de l'événement du 16 octobre 2010, singulièrement sur le retour du statu quo sine, alors que l'intimée retient dans la décision attaquée et dans ses écritures que dite aggravation ne peut raisonnablement pas excéder quatre mois compte tenu du cas d'espèce. Finalement, aucun rapport médical au dossier ne revêt une valeur probante suffisante pour déterminer si les troubles présentés par le recourant au-delà du 4 février 2011 sont encore en relation de causalité avec l'événement du 16 octobre 2010. Il convient dès lors d'admettre que l'instruction de la cause doit être complétée, la Cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise. Conformément à la jurisprudence précitée (cf. consid. 3b supra), ces contradictions devraient être levées par l'avis d'un (ou plusieurs) spécialiste indépendant des parties. En l'occurrence, l'instruction s'avérant manifestement lacunaire sur les éléments déterminants pour la solution du cas concret, il se justifie de renvoyer l'autorité intimée à rendre une nouvelle décision qui repose sur une motivation exempte de contradictions, soit après qu'un expert indépendant se soit prononcé, expert à mandater conformément à l'art. 44 LPG. L'expert prendra notamment soin de préciser les troubles et les limitations que présente le recourant, en indiquant en outre si et dans quelle mesure ces troubles sont en lien avec l'événement du 16 octobre 2010. Il appartiendra ensuite à l'intimée, par le biais d'une nouvelle décision, de statuer sur le droit du recourant à la prise en charge de ses prestations au-delà du 4 février 2011. c) Eu égard à l'issue du litige, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre une expertise judiciaire. 5. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition du 8 septembre 2011 annulée. La cause est renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire au sens des considérants et nouvelle décision. b) Le recourant, qui a obtenu gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé, sans égard à la valeur litigieuse, d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPG; cf. également art. 7 TFJAS [tarif du 2 décembre 2008 des frais judiciaires et des dépens en matière de droit des assurances sociales; RSV 173.36.5.2]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'000 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD). Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la

procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est admis. II. La décision sur opposition rendue le 8 septembre 2011 par la Caisse J.\_\_\_\_\_ est annulée, la cause étant renvoyée à cet assureur pour instruction complémentaire et nouvelle décision, au sens des considérants. III. La Caisse J.\_\_\_\_\_ versera au recourant une indemnité de 2'000 fr. (deux mille francs) à titre de dépens. IV. Le présent arrêt est rendu sans frais. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ Me Irène Wettstein Martin (pour le recourant), avocate à Vevey, ■ Caisse J.\_\_\_\_\_, à Lausanne, - Office fédéral de la santé publique, à Berne, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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