

VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 807 vom 13. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2012__807

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 807 du 13 août 2012

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2012 / 807 del 13 agosto 2012

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, LIEN DE CAUSALITÉ, SUITE D'UN ACCIDENT | 21 LAA, 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 13.08.2012 Arrêt / 2012 / 807

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, LIEN DE CAUSALITÉ, SUITE D'UN ACCIDENT | 21 LAA, 6 al. 1 LAA, 11 OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 13/11 - 102/2012 ZA11.004918 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES _____ Arrêt

du 13 août 2012 _____ Présidence de _____ Mme Röthenbacher, juge

unique Greffière : _____ Mme Mestre Carvalho ***** Cause pendante entre :

K. _____, à [...], recourant, et M. _____ Assurances, à [...], intimée.

_____ Art. 6 al. 1 LAA et 11 OLAA E n f a i t : A. K. _____ (ci-après :

l'assuré), né en 1962, a travaillé depuis le 1^{er} février 1986 en tant que fonctionnaire de police au service de la commune de [...] (dès le 1^{er} janvier 2008 : police de [...]). A ce titre, il était assuré contre les accidents et les maladies professionnelles selon la LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) auprès de la M. _____

Assurances (ci-après : la M. _____ Assurances). B. Aux termes d'une déclaration

d'accident LAA du 4 juin 1991, l'employeur de l'assuré a annoncé à la M. _____

Assurances que, le 9 octobre 1990, ce dernier s'était tapé et tordu le genou droit contre le coin d'un bureau. S'agissant de la nature de la lésion, il était précisé « ménisque externe du genou droit ». Le 12 juin 1991, le Dr J. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a

procédé à une arthroscopie du genou droit avec révision, biméniscectomie élective et abrasion chondrale polytope. Dans le cadre du protocole opératoire établi le même jour, ce

médecin a signalé, à titre de diagnostic opératoire, une déchirure biméniscale et dégât

chondral de la rotule et du plateau tibial externe ainsi qu'un status après méniscectomie

élective bilatérale ancienne, et a par ailleurs notamment observé ce qui suit : "[...]

Morphotype en genu varum recurvatum ébauché [...]. Arthroscopie : [...] compartiment

interne présentant un dépoli diffus et superficiel du revêtement chondral. Déchirure en

languette postérieure du reliquat méniscal, languette excisée à la pince dionyx et à la pince

basket. Pas de laxité du reliquat méniscal interne. Pivot ligamentaire central caractérisé par

une discrète laxité du ligament croisé antérieur [...] Au compartiment externe, observation

d'une atteinte majeure du revêtement chondral sous forme de décollement avec fentes

profondes à bords faiblement déchiquetés. Abrasion chondrale jusqu'à obtenir un

revêtement suffisamment régulier mais présentant une malacie et une collement au

voisinage des épines. Ménisque externe présentant une déchirure en grosse languette du

reliquat méniscal, excisée à la pince dionyx dans la portion retroligamentaire externe. Pas

d'autre lésion, pas de laxité méniscale. Rotule présentant une malacie majeure en profondeur sans fente profonde ni ulcération, avec cependant quelques franges au versant interne de la rotule, excision de la plica synoviale pararotulienne interne pour abord du revêtement chondral interne lequel est égalisé au shaver. Synovite chronique diffuse. [...]"

Dans un rapport médical initial LAA du 13 juin 1991, le Dr J. _____ a fait état, sous la rubrique « Indications du patient », d'un dérangement récidivant du genou droit chez un policier astreint à une activité sportive, d'une distorsion récente du genou droit et d'une biméniscectomie droite ancienne. Sur le plan diagnostique, il a retenu une déchirure méniscale externe vraisemblablement récente avec chondrose de voisinage et un status après biméniscectomie droite ancienne. L'assuré a été entendu le 25 juin 1991 par un inspecteur de sinistres de la M. _____ Assurances. Selon le rapport établi à cette occasion, l'intéressé a déclaré qu'il avait été opéré au genou droit en 1984 (« ablation des ménisques interne et externe ») après s'être blessé lors d'un match de football. Il ressort du dossier que, dans ce contexte, l'assuré a présenté une entière incapacité de travail du 11 juin au 2 juillet 1991 et que son traitement s'est achevé au 30 juillet 1991. Le cas a été pris en charge par la M. _____ Assurances. C. Le 4 mars 1996, l'intéressé a fait un faux mouvement avec son genou droit en jouant au football. Cet épisode a été annoncé à l'assureur-accidents le 19 mars 1996, avec la précision que le cartilage et le ménisque étaient atteints et qu'une opération allait avoir lieu. Par rapport médical initial LAA du 22 mars 1996, le Dr J. _____ a signalé, sous la rubrique « Indications du patient », une violente distorsion du genou droit en pratiquant le football le 4 mars 1996 et une enflure post-traumatique suivie d'un dérangement interne de l'article. Il a notamment constaté une synovite réactive après la distorsion du genou droit et a retenu, à titre de diagnostic, un status après distorsion récente du genou droit avec déchirure méniscale interne. Le 26 mars 1996, ce médecin a effectué une arthroscopie du genou droit avec rinçage articulaire, révision, abrasion chondrale condylienne externe et patellaire, méniscectomie externe élective, et synovectomie polytope. Dans son protocole opératoire du même jour, il a indiqué, en guise de diagnostic opératoire, un status après violente distorsion récente du genou droit (avec hémarthrose, ecchymoses des LLI [ligament latéral interne] et LCA [ligament croisé antérieur], fracture chondrale condylienne externe et déchirure méniscale externe), un status après biméniscectomie élective ancienne, et une chondrose du plateau tibial externe et de la rotule. Il a par ailleurs notamment formulé les observations suivantes : "[...] L'indication opératoire est donnée par la persistance d'un épanchement articulaire et d'un dérangement récidivant du genou droit à la suite d'une violente distorsion remontant au 04.03.96, chez un fonctionnaire de police astreint à un entraînement sportif intensif, sans problème avant l'accident évoqué, en dépit du status après biméniscectomie élective du 12.06.91. [...] [...] Arthroscopie : [...] [...] l'hémarthrose doit être longuement rincée pour obtenir une vision claire du compartiment interne; le reliquat méniscal ne présente ni déchirure, ni désinsertion, ni laxité. Un dégât chondral du compartiment interne n'est pas décelable. Le LLI est ecchymotique au travers de la synoviale, sans solution de continuité objectivable au crochet. Hémosidérose généralisée de la synoviale avec quelques proliférations dans les culs-de-sac. Au pivot ligamentaire central, ecchymose à prédominance proximale du LCA, sans solution de continuité certaine, mais avec tout de même une laxité vraisemblablement post-traumatique récente. [...] Au compartiment externe, le revêtement chondral du plateau tibial est diffusément malacite et dépoli; il ne s'agit pas d'une lésion récente. Par ailleurs, ulcération post-traumatique de fracture en étoile vraisemblablement de contre-appui à la hauteur de l'apex du condyle fémoral externe, tandis

que le bord libre du ménisque présente une déchirure en languette en rétro-ligamentaire externe, le reste du cartilage semi-lunaire étant stable. Excision de la frange méniscale à la pince Dionyx puis abrasion chondrale fémorale au shaver. Excision de franges synoviales à la hauteur du paquet de Hoffa aussi bien que sur les joues condyliennes interne et externe puis au cul-de-sac sous-quadricipital. La rotule présente une ulcération en étoile peu profonde dans sa partie supérieure, laquelle est excisée au shaver. [...]" Selon les pièces du dossier, il appert que l'assuré a présenté une entière incapacité de travail du 25 mars au 21 avril 1996 et que son traitement s'est terminé au 15 avril 1996. L'assureur-accidents a pris en charge les suites de l'événement du 4 mars 1996. D. Le 8 janvier 2003, l'employeur de l'assuré a signalé à la M. _____ Assurances une rechute en relation avec l'accident du 4 mars 1996. Sur interpellation de l'assureur précité, le Dr. A. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique, a établi un rapport en date du 21 janvier 2003. Il a fait état de gonalgies externes depuis un an, exacerbées récemment après un match de football, et a constaté en outre l'absence de lésions osseuses récentes sur le plan radiologique. Le 29 janvier 2003, ce médecin a procédé à une régularisation du reliquat du ménisque externe droit et à un forage de Pridie du plateau tibial externe droit. Dans son protocole opératoire, il a posé le diagnostic de chondrite stade III du plateau tibial externe droit, stade II à III du condyle après méniscectomie externe droit. S'agissant de l'indication opératoire, il a décrit des gonalgies persistantes depuis une année à la suite d'un traitement conservateur, ainsi qu'un status après biméniscectomie partielle et traumatismes en 1991 et 1996. Il a en particulier observé ce qui suit : "[...] Compartiment fémoro-patellaire : rotule et trochlée sp à part une chondrite stade II de la pointe inférieure de la rotule. Compartiment interne : [...] Pas de nouvelle redéchirure. Pivot central : Synovite chronique. LCA [...] sp. Compartiment externe : chondrite stade II avec une fissure arciforme de tout le dôme du plateau tibial externe allant jusqu'à l'os sous-chondral. Status après méniscectomie transmurale de la zone moyenne du ménisque externe, corne antérieure présente, peut[-]être un peu mâchonnée antérieurement, mais sans déchirure et bien insérée. [...] Chondrite stade II à III de 20° à 60° de flexion du quart externe de condyle externe se superposant à l'extension à la zone de méniscectomie en zone moyenne. [...]" Il apparaît que, dans ce contexte, l'assuré a présenté une entière incapacité de travail du 29 janvier au 16 février 2003. Le cas a été pris en charge par la M. _____ Assurances. E. Le 21 juin 2010, la M. _____ Assurances a reçu une facture datée du 1 er avril 2010 pour des soins dispensés à l'assuré par le Dr. A. _____ le 2 mars 2010, à concurrence d'un montant de 245 fr. 65. Cette facture précisait notamment que les soins en question étaient liés à l'épisode du 4 mars 1996 et comprenaient en particulier une consultation ainsi que des radiographies du genou. A la requête de la M. _____ Assurances, le Dr. A. _____ a exposé, dans un rapport du 6 juillet 2010, que l'assuré l'avait consulté en raison de gonalgies externes à l'effort avec hydrops. Il a ajouté que, sur le plan radiologique, il n'y avait aucun changement depuis 2003. S'agissant du traitement, il a indiqué que l'intéressé devait cesser la pratique de la course à pieds. Enfin, il a relevé qu'aucun arrêt de travail n'avait été prescrit par ses soins. Après avoir pris connaissance des clichés radiologiques du 2 mars 2010, le Dr X. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et médecin-conseil auprès de la M. _____ Assurances, a fait part de ses observations dans un rapport du 21 septembre 2010, libellé comme suit : "Un rapport SUVA [Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents] daté du 26.9.83 renseigne sur une distorsion du genou droit en jouant au foot en juin 83, accident assuré par la D. _____ Assurances et non la SUVA. Le rapport apprend qu'une intervention chirurgicale au genou droit est prévue le 7.8.83, le protocole opératoire

n'est cependant pas à disposition. Un 2^e accident est annoncé à la M. _____ Assurances [...]. L'accident survient le 9.10.90, contusion et distorsion du genou droit contre le coin d'un bureau. Le Dr J. _____ intervient chirurgicalement par arthroscopie le 12.6.91. Dans son protocole opératoire, il mentionne une méniscectomie sélective bilatérale ancienne. Il est mentionné un genu varum recurvatum. Au compartiment interne, le cartilage fémoro-tibial interne présente un « dépoli » superficiel et diffus, une languette déchirée du reliquat méniscal postéro-interne est excisée. Le ligament croisé antérieur présente une discrète laxité, sans ecchymose, ni déchirure. Au compartiment externe, l'atteinte du cartilage est décrite comme majeure : décollement, fente profonde aux bords déchiquetés. Le cartilage est abrasé. Ici aussi, une grosse languette déchirée sur le reliquat méniscal externe est excisée. Le cartilage de la rotule présente aussi une malacie majeure. Une plica para-rotulienne interne est excisée. Le cartilage de la facette interne de la rotule est égalisé. Il est noté enfin une synovite chronique diffuse. En résumé, toutes ces lésions ne peuvent pas être en rapport avec la contusion-distorsion contre un meuble, mais sont bien antérieures, probablement en rapport avec l'accident du 11.6.83, l'opération d'août 83 et leurs suites ou de nature dégénérative maladie. A la suite de cette 2^e intervention chirurgicale, l'évolution est favorable, avec une reprise du travail 3 semaines plus tard. Le 4.3.96 [recte : 19.03.1996], est annoncé à la M. _____ Assurances un faux mouvement du genou droit en jouant au foot [...] le 4.3.96 [...]. Dans son rapport du 22.3.96, le Dr J. _____ mentionne bien son opération du 12.6.91, mais oublie complètement les antécédents cependant bien importants de juin 83. Il mentionne une synovite réactive à une distorsion du genou, alors qu'elle pourrait être parfaitement secondaire à la chondromalacie connue déjà en 91 aux 3 compartiments du genou droit. A la 3^e opération du 26.3.96, le Dr J. _____ affirme une violente distorsion, alors qu'il s'agissait d'un faux mouvement [...]. Il est noté une ecchymose du ligament latéral interne, probablement responsable de l'hémarthrose – la lésion du ligament latéral interne est une lésion sans gravité. Il est noté aussi une ecchymose sur la partie proximale du ligament croisé antérieur avec une laxité que le Dr J. _____ décrivait déjà dans son protocole opératoire de juin 91, laxité sans signe de déchirure, donc laxité ancienne. Il ne peut donc pas affirmer que la laxité est post-traumatique et récente. Il est décrit une ulcération au condyle fémoral externe en son centre et à nouveau une languette déchirée au ménisque externe. Cette languette est excisée, le cartilage du fémur abrasé. Il y a aussi une ulcération du cartilage de la rotule, abrasée aussi, L'incapacité qui suit cette opératoire dure environ un mois. En raison de douleurs latérales externes au genou droit remontant au début de l'année 02, exacerbées par un match de foot, le Dr. A. _____ arthroscopie pour la 4^e fois le genou droit de M. K. _____, le 29.01.03. Il est décrit une chondrite du 2^e degré à la pointe inférieure de la rotule, un ligament croisé antérieur sans lésion, une chondrite du 2^e degré du plateau tibial externe avec une fissure jusqu'à l'os sous-chondral au centre de ce plateau, une chondrite jusqu'au 3^e degré de la partie antéro-externe du condyle fémoral externe, bien qu'il n'y ait pas déchirure méniscale [...], en fait une intervention en rapport avec l'état du genou connu depuis 83. L'incapacité de travail sera de 3 semaines. En été 10, nouvelle consultation en raison de gonalgies toujours externes, d'épanchements en rapport avec les efforts. Le Dr. A. _____ recommande l'arrêt de la cours à pieds. J'estime que les lésions sont principalement cartilagineuses aux 3 compartiments du genou, surtout externes, que ces lésions sont connues depuis 83, date de la 1^{ère} méniscectomie externe, les 2 autres méniscectomies externes ne consistant qu'en résection de lambeaux. Si la M. _____ Assurances est intervenue en 91, en 96, en 03 c'est qu'elle estimait que la notion d'accident

devait être retenue. L'évolution est celle de toute chondromalacie, chondromalacie connue depuis 83, évidemment aggravée par la méniscectomie externe, interne aussi. Après 27 ans d'évolution, il est évident qu'en poursuivant le foot pendant de nombreuses années, le genou soit de plus en plus douloureux, présente des épanchements qui justifient de nouvelles consultations, comme [celle] de 10, mais certainement sans aucun rapport avec les accidents sans gravité pris en charge par la M. _____ Assurances à partir de 91." Par décision du 12 octobre 2010, la M. _____ Assurances a refusé d'allouer des prestations d'assurance. Se référant à l'avis de son médecin-conseil, elle a considéré que les troubles affectant actuellement le genou droit de l'assuré ne se trouvaient en relation de causalité ni avec l'accident du 4 mars 1996 ni avec celui du 9 octobre 1990, mais étaient au contraire préexistants à ces deux événements. Elle a ajouté que les troubles en question étaient possiblement liés aux importantes lésions subies par l'intéressé en 1983, et a par conséquent invité ce dernier à annoncer cette éventuelle rechute à son assureur de l'époque (H. _____, anciennement D. _____ Assurances), tout en précisant que, pour l'heure, le traitement en cause demeurait à la charge de l'assurance-maladie. En date du 22 octobre 2010, l'assuré a formé opposition à l'encontre de la décision précitée, faisant valoir que son médecin traitant lui avait confirmé que les troubles concernés étaient dus à l'accident du 4 mars 1996. Par décision sur opposition du 13 janvier 2011, la M. _____ Assurances a rejeté l'opposition formée par l'assuré. Dans sa motivation, elle a rappelé que celui-ci avait présenté des troubles au niveau du genou droit avant l'accident du 9 octobre 1990, ayant subi une distorsion de ce genou en juin 1983 suivie d'une intervention chirurgicale le 7 août 1983. Renvoyant pour le reste à l'avis du Dr X. _____, elle a considéré que le statu quo sine avait été atteint au plus tard en 2010, que seul l'état préexistant – engendré par l'accident de 1983 – jouait un rôle dans les plaintes émises par l'intéressé, et que c'était donc à juste titre que la prise en charge des traitements entrepris en 2010 avait été refusée. F. K. _____ a recouru le 5 février 2011 auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal à l'encontre de la décision précitée, concluant implicitement à son annulation. A l'appui de ses conclusions, le recourant produit un courrier rédigé à son attention par le Dr. A. _____ en date du 31 janvier 2011. Aux termes de cet écrit, ce médecin relève en substance que même si l'accident de 1983 a engendré des lésions probables, il n'en demeure pas moins que les incidents survenus successivement en 1991 [recte : 1990], 1996 et 2003 ont provoqué des lésions récentes – tel étant en particulier le cas de l'accident de 1996, le protocole opératoire rédigé à cette époque par le Dr J. _____ faisant état de lésions cartilagineuses récentes. Le Dr. A. _____ souligne par ailleurs que le Dr J. _____ était connu pour faire des résections méniscales les plus économes possibles, et que, par exemple, « sur le compartiment interne en 2003, la résection méniscale avait été mineure ». Il considère enfin que la mise en œuvre d'une expertise s'impose pour, d'une part, déterminer les lésions occasionnées en 1983 et obtenir si possible le protocole opératoire de l'intervention du 7 août 1983, et pour, d'autre part, évaluer l'impact respectif des différents événements accidentels subis par l'assuré. Appelée à se prononcer sur le recours, la M. _____ Assurances en a proposé le rejet par réponse du 11 mars 2011, pour les motifs suivants : "[...] A la lecture du rapport du Dr. A. _____ du 31.01.2011, le Dr X. _____, médecin-conseil, rappelle encore une fois que lors du premier accident du 09.10.1990 annoncé à la M. _____ Assurances [...], M. K. _____ a subi une contusion-distorsion en se tapant le genou droit contre le coin d'un bureau. Lors de l'arthroscopie qui a eu lieu 8 mois plus tard [...], le 12.06.1991, le Dr J. _____ fait état d'un certain nombre de lésions qui touchent les trois compartiments du genou et qui ne

peuvent pas être expliquées par la simple contusion du 09.10.1990. Pour d'autres, elles n'ont tout simplement pas pu se développer en seulement 8 mois. Il s'agit donc clairement de lésions préexistantes à l'accident du 09.10.1990. Ainsi, le Dr X._____ relève que le compartiment externe du genou droit présente de graves lésions. Sur le protocole opératoire du 12.06.1991 [...], il est indiqué : " (...) Au compartiment externe, observation d'une atteinte majeure du revêtement chondral sous forme de décollement avec fentes profondes (...) ". De l'avis du Dr X._____, il n'est tout simplement pas possible qu'une contusion contre un bureau abîme à ce point le plateau tibial externe. En outre, comme mentionné dans le diagnostic opératoire, il s'agit d'un status après biméniscectomie. La résection des ménisques a donc déjà eu lieu préalablement, en 1983. Le 12.06.1991, le Dr J._____ ne fait que d'enlever des languettes sur des reliquats méniscaux [...]. Le Dr X._____ explique que les fissures sur le cartilage du plateau tibial externe sont une suite de la méniscectomie de 1983 [...]. Si la M._____ Assurances a assumé, à tort ou à raison, les événements de 1990, 1996 et 2003, ce n'est pas pour autant qu'elle doit continuer à le faire. Lors de son examen du dossier en 2010, le Dr X._____ retient que l'état du genou droit n'est pas en rapport de causalité avec les événements sans gravité pris en charge par la M._____ Assurances et ce au moins depuis le traitement entrepris en mars 2010. Par conséquent, le statu quo sine peut être considéré comme atteint au plus tard à ce moment[-]là. [...]"

E n d r o i t : 1. a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, interjeté en temps utile et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par loi (notamment l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. b) 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). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La contestation portant sur la prise en charge des soins médicaux dispensés à l'assuré le 2 mars 2010, pour un montant de 245 fr. 65, la valeur litigieuse s'avère par conséquent inférieure à 30'000 fr. Partant, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 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 (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 13 janvier 2011, à refuser de prendre en charge les soins médicaux dispensés au recourant le 2 mars 2010. 3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; cf. TF 8C_520/2011 du 30 avril 2012 consid. 2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; cf. TF 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 4.2).

Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. TF 8C_511/2010 précité loc. cit.). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un 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 maladif antérieur 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; cf. TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3 et les références citées); 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; cf. 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 125 V 456 consid. 5a avec les références citées et ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; cf. TF 8C_522/2011 du 6 juillet 2012 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références citées; cf. également TF 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.4.2).

b) 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]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, 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 et les arrêts cités; TF 8C_1023/2008 du 1^{er} décembre 2009 consid. 5.3).

c) 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. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsque, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, 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 peut être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, mais qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6; cf. TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

4. En l'espèce, se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil le Dr X. _____, l'intimée considère que les troubles à l'origine de la consultation du 2 mars 2010 ne se trouvent pas en rapport de causalité avec les événements accidentels qu'elle a précédemment pris en charge en 1991, 1996 et 2003. A cet égard, elle estime que le statu quo sine a été atteint au plus tard en 2010 et que les plaintes actuelles de l'assuré découlent d'un état préexistant en lien avec une première distorsion du genou droit remontant à 1983, traitée chirurgicalement à la même époque. Cette appréciation est contestée par le recourant, lequel se prévaut de l'avis de son médecin traitant, le Dr. A. _____.

a) Dans son rapport du 21 septembre 2010, le Dr X. _____ résume tout d'abord les antécédents médicaux de l'assuré; à cet égard, il estime notamment que les lésions mentionnées dans le protocole opératoire du Dr J. _____ du 12 juin 1991 sont préexistantes à l'accident du 9 octobre 1990 et probablement dues aux suites de l'accident de 1983 (cf. également les observations complémentaires figurant dans la réponse du 11 mars 2011 [p. 2]), à l'instar de l'intervention du 29 janvier 2003. Dans un second temps, il retient que le recourant présente des lésions principalement cartilagineuses aux trois compartiments du genou droit – surtout externes – et que ces lésions sont connues depuis 1983, date de la première méniscectomie externe, étant précisé que les méniscectomies externes ultérieures (1991 et 1996) n'ont consisté qu'en des résections de lambeaux. Il ajoute que l'évolution s'inscrit dans le cadre d'une chondromalacie remontant à 1983 et « évidemment aggravée par la méniscectomie externe, interne aussi ». Il considère qu'après vingt-sept ans d'évolution et compte tenu du fait que le recourant a pratiqué le football sur une longue période, il est normal que son genou droit soit de plus en plus douloureux et présente des épanchements justifiant de nouvelles consultations comme celle de mars 2010, le tout n'ayant cependant aucun lien avec les accidents pris en charge par l'intimée depuis 1991. De son côté, le Dr. A. _____ explique que le recourant l'a consulté le 2 mars 2010 pour des gonalgies à l'effort avec hydrops (cf. rapport du 6 juillet 2010). Il relève que même si l'accident de 1983 a occasionné des troubles probables, les événements survenus en 1990, 1996 et 2003 n'en ont pas moins engendré des lésions récentes; à cet égard, il souligne que le Dr J. _____ a notamment constaté en 1996 des lésions cartilagineuses récentes. Cela étant, le Dr. A. _____ estime qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise pour déterminer les lésions occasionnées en 1983 et si possible obtenir le protocole opératoire y relatif, et pour évaluer la part respective des différents accidents subis par l'intéressé (cf. écrit du 31 janvier 2011).

b) A l'aune de ce qui précède, il appert que les avis médicaux au dossier ne sont pas concordants et laissent subsister des doutes quant à l'état de santé du recourant. S'agissant du Dr X. _____, il affirme péremptoirement que la consultation du 2 mars 2010 n'est pas due aux événements

accidentels précédemment pris en charge par la M. _____ Assurances mais à l'accident de 1983. Toutefois, en l'état du dossier, force est de constater que l'on est insuffisamment renseigné sur cet accident. Ainsi, si le Dr X. _____ se réfère à un rapport de la SUVA du 26 septembre 1983 faisant état d'une distorsion du genou droit en juin 1983 et d'une intervention chirurgicale prévue le 7 août 1983, il apparaît néanmoins que ce compte-rendu ne figure pas au dossier, de sorte qu'il est impossible d'en apprécier la valeur et la portée. Pour le surplus, il est vrai que diverses pièces font – laconiquement – référence à une ancienne biménissectomie (cf. protocoles opératoires du Dr J. _____ du 12 juin 1991 p. 1 et du 26 mars 1996 p. 1; cf. rapport de l'inspecteur des sinistres de la M. _____ Assurances du 25 juin 1991). Il n'en reste pas moins que les lésions concrètement subies lors de l'accident de juin 1983 ne sont explicitées dans aucun des documents produits par les parties. Demeurent également inconnues les conclusions des médecins ayant procédé à l'intervention chirurgicale vraisemblablement effectuée le 7 août 1983 – le protocole opératoire afférent à cette intervention n'étant, aux dires du Dr X. _____, « pas à disposition » (cf. rapport du 21 septembre 2010 p. 1). En définitive, on ne dispose d'aucune information sérieuse et objective sur l'événement de 1983. Cela étant, on peine à comprendre comment le médecin-conseil de l'intimée a pu exclure tout lien entre la consultation du 2 mars 2010 et les incidents de 1990, 1996 et 2003 pour exclusivement rattacher les troubles litigieux aux suites de l'accident de juin 1983, dont on ne sait en définitive rien de concret. A noter que, pour les mêmes motifs, on peut également douter des observations du Dr X. _____ selon lesquelles tant les lésions constatées en 1991 que l'opération réalisée en 2003 seraient liées aux troubles du genou droit occasionnés par l'événement de 1983. Quant au Dr. A. _____, il ne se prononce pas clairement sur l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes émises en 2010 par le recourant et les différents accidents subis par ce dernier, mais préconise la mise en œuvre d'une expertise médicale. En résumé, il n'est donc pas possible de déterminer si la consultation du 2 mars 2010 est ou non liée à l'accident de 1983, ou s'il existe au contraire un lien de causalité entre cette consultation et les événements de 1990, 1996 et 2003. Aussi y a-t-il lieu de retenir, avec le Dr. A. _____, que l'instruction de l'affaire doit être complétée, la Cour de céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise. c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification, une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs

(ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'occurrence, sans préjuger de la valeur probante des avis médicaux sollicités en cours d'instruction, il demeure que les lacunes dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimée. Il se justifie donc de lui renvoyer la cause afin qu'elle procède aux démarches utiles afin d'obtenir des renseignements concrets sur l'accident de juin 1983 et l'opération d'août 1983, puis mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA afin de déterminer si et dans quelle mesure les troubles à l'origine de la consultation du 2 mars 2010 doivent être mis en relation avec les différents accidents successivement subis par le recourant. 5. a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à la M. _____ Assurances pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique prononce : I. Le recours déposé le 5 février 2011 par K. _____ est admis. II. La décision sur opposition rendue le 13 janvier 2011 par la M. _____ Assurances est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du L'arrêt qui précède est notifié à : ■ K. _____, ■ M. _____ Assurances, - Office fédéral de la santé publique, 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.