

VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 538 vom 7. November 2013

VD Tribunal cantonal, 2013-11-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2013__538

FR: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 538 du 7 novembre 2013

IT: VD_FINDINFO Arrêt / 2013 / 538 del 7 novembre 2013

Regeste

AA, ACCIDENT, NOTION, CAUSALITÉ NATURELLE, ATTEINTE DÉGÉNÉRATIVE
| 6 LAA, 4 LPGA

Erwägungen

E. 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 al. 1 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 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été déposé en temps utile auprès du tribunal compétent et il satisfait aux autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il y a lieu d'entrer en matière. La valeur litigieuse étant manifestement supérieure à 30'000 francs, puisque le versement d'indemnités journalières et d'éventuels frais médicaux sont en jeu, la cause relève de la compétence de la Cour.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à la prise en charge des prestations d'assurance par l'intimée à compter du 8 avril 2012. En particulier se pose la question de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 30 novembre 2011 et les douleurs que présente l'assuré aux genoux, au-delà de cette date.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments cumulatifs et il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse être qualifié d'accident (Jean-Maurice Frésard/Margrit Moser-Szeless , L'assurance-accidents obligatoire, in: U.

Meyer (édit.), SBVR, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2^{ème} édition, p. 857). b) Le droit à des prestations en vertu de la LAA suppose ainsi, et notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1 et 4.4.1). aa) L'exigence de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'évènement 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'évènement 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 129 V 402, consid. 4.3.1 et les références citées). Savoir si l'évènement 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 médicaux, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale. Ainsi 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 (ATF 129 V 177, consid. 3.1; ATF 118 V 286, consid. 1b; TF U 80/05 du 18 novembre 2005, consid. 1.2). 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 la survenance de l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009, consid. 2.3). 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; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009, consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007, consid. 4; TFA U 222/04 du 30 novembre 2004, consid. 1.3). bb) Quant à la causalité adéquate, elle suppose que d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177, consid. 3.2; ATF 125 V 456, consid. 5.a; TF 8C_115/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335, consid. 4c). c) L'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – 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 liquider 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, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353, consid. 5b; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008, consid. 2.1). C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231, consid. 5.1; 125 V 351, consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009, consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, le Tribunal fédéral a précisé que, lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis du médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes même faibles 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 qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465).

E. 4

a) En l'espèce, le Dr P. _____ a estimé que l'évènement du 30 novembre 2011 avait tout au plus pu passagèrement aggraver un état dégénératif préexistant et déjà symptomatique par le passé. Cet évènement n'avait cependant pas occasionné de lésions susceptibles d'entraîner une aggravation durable. Dès lors, il fallait considérer qu'au plus tard quatre mois après l'accident, ce dernier avait entièrement cessé de déployer ses effets. L'appréciation du Dr P. _____ est fondée sur des examens radiologiques complets et a été établie en pleine connaissance de l'anamnèse. Par ailleurs la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires, et les conclusions du rapport sont dûment motivées et exemptes de contradictions. En effet, ce médecin a pris acte du diagnostic posé par le Dr H. _____, à savoir des gonalgies sur gonarthrose bilatérale, à prédominance fémoro-patellaire sur ancienne fracture diaphysaire. Il a expliqué que ces dernières étaient déjà symptomatiques avant l'évènement du 30 novembre 2011, ce qui ressort non seulement du rapport médical du Dr H. _____ du 2 février 2012 – ce médecin expliquant que le recourant était connu avant cet évènement pour souffrir de gonalgies bilatérales prédominantes à droites – mais aussi des déclarations du recourant, celui-ci ayant expliqué qu'il souffrait de ses deux genoux depuis l'opération qu'il avait subie en 1981 et qu'il présentait régulièrement des "lâchages" depuis cette époque. En outre, l'appréciation du Dr P. _____ tient compte du fait que les examens radiologiques effectués par le Dr H. _____ après l'évènement du 30 novembre 2011 n'ont pas mis en évidence de lésions nouvelles, mais seulement les lésions anciennes aux deux genoux. Le Dr H. _____ ne s'est pas expressément prononcé sur le lien de causalité naturelle entre les gonalgies que présente le recourant au-delà du mois d'avril 2012 et l'évènement du 30 novembre 2011. Toutefois aucun élément ressortant de ses rapports médicaux ne permet de

mettre en doute l'évaluation du Dr P. _____, selon lequel cet évènement a cessé de déployer ses effets quatre mois plus tard. De plus, il apparaît que l'appréciation du Dr P. _____ n'entre pas en contradiction avec les constatations médicales du Dr H. _____, étant rappelé que ce dernier a expliqué que le bilan radiologique de février 2012 n'avait pas mis en évidence de lésions nouvelles mais seulement des lésions anciennes et que l'assuré présentait déjà des gonalgies bilatérales avant le 30 novembre 2011. Il résulte de ce qui précède le rapport médical du Dr P. _____ remplit les critères jurisprudentiels qui permettent de lui conférer pleine valeur probante et qu'aucune autre pièce du dossier ne permet de mettre en doute son appréciation. Il est ainsi établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'évènement du 30 novembre 2011 a tout au plus passagèrement aggravé un état dégénératif préexistant et cessé de déployer ses effets quatre mois plus tard.

L'existence d'un lien de causalité naturelle doit par conséquent être nié au-delà du mois d'avril 2012, comme l'a retenu à juste titre l'intimée. Par ailleurs, dans ces conditions, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre un examen pluridisciplinaire. b) Le recourant n'a en outre pas le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité, les conditions de l'art. 24 LAA n'étant manifestement pas réalisées (cf. art. 24 LAA qui exige une atteinte importante et durable à l'intégrité physique, mentale ou psychique, ainsi que l'art. 36 al. 1 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents; RS 832.202] et l'annexe 3 OLAA).

E. 5

Au vu de ce qui précède, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 18 mai 2012 confirmée. La procédure étant gratuite, il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). Il n'y a en outre pas lieu d'allouer des dépens (art. 61 let. g LPGA).

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