

## VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 373 vom 8. Februar 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-02-08, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_findinfo\\_Arr\\_t\\_\\_2016\\_\\_373](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_Arr_t__2016__373)

FR: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 373 du 8 février 2017

IT: VD\_FINDINFO Arrêt / 2016 / 373 del 8 febbraio 2017

### Regeste

ACCIDENTS SUCCESSIFS, LIEN DE CAUSALITÉ, TRAUMATISME CERVICAL, LÉSION DU MÉNISQUE | 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 9 al. 2 let. c OLAA

### Volltext

Vaud Tribunal cantonal Cour des assurances sociales 08.02.2017 Arrêt / 2016 / 373

ACCIDENTS SUCCESSIFS, LIEN DE CAUSALITÉ, TRAUMATISME CERVICAL, LÉSION DU MÉNISQUE | 6 al. 1 LAA, 6 al. 2 LAA, 4 LPGA, 9 al. 2 let. c OLAA

TRIBUNAL CANTONAL AA 119/14 - 13/2017 ZA14.045103 COUR DES

ASSURANCES SOCIALES \_\_\_\_\_ Arrêt  
du 8 février 2017 \_\_\_\_\_ Composition : Mme Dessaux ,

présidente M. Berthoud et Mme Dormond Béguelin, assesseurs Greffière : Mme Pellaton \*\*\*\*\* Cause pendante entre : S. \_\_\_\_\_ , à [...], recourant, représenté par CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA, à Lausanne, et X. \_\_\_\_\_ , à [...], intimée. \_\_\_\_\_ Art. 4 LPGA ; art. 6 al. 1 et 2 LAA ; art. 9 al. 2 let. c OLAA En fait : A. a) S. \_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1962, était employé en qualité de chauffeur-livreur auprès de la société B. \_\_\_\_\_ depuis 1997. Le 2 juillet 2002, il a été victime d'une chute dans les escaliers en se rendant chez un client, ayant pour conséquence une déchirure de la corne moyenne et postérieure du ménisque interne du genou droit avec déchirure du ligament croisé antérieur (cf. rapport du 10 décembre 2003 du Dr [...] concernant un IRM du genou droit du 9 décembre 2003). Les suites de cet accident ont été couvertes par U. \_\_\_\_\_. b) En 2012, trois accidents ont été annoncés à X. \_\_\_\_\_, nouvel assureur-accidents de l'employeur (ci-après : X. \_\_\_\_\_ ou l'intimée). ba) Le 31 janvier 2012, l'assuré a été victime d'un accident de la circulation alors qu'il conduisait le véhicule de livraison de son employeur. Il ressort du rapport de police du 8 février 2012 que l'assuré a perdu la maîtrise de son véhicule dans une longue courbe, alors que la route était recouverte de neige mouillée. Le véhicule a fait un tête-à-queue, a traversé la voie de circulation opposée et heurté, avec la roue arrière droite, le caniveau en béton longeant la chaussée. Sous l'effet du choc, la voiture s'est retournée sur le toit et s'est immobilisée dans cette position, en lisière de forêt. L'assuré a déclaré ne pas avoir été blessé et le rapport de police ne mentionne aucune lésion. Le 30 avril 2013, le Dr C. \_\_\_\_\_, médecin traitant de l'assuré, a adressé à X. \_\_\_\_\_ un rapport médical concernant les suites de l'accident précité, indiquant avoir été consulté par l'assuré le 3 février 2012, annoncé comme jour de l'accident. Ce médecin rapportait que son patient avait fait plusieurs tonneaux avec son véhicule. Il mentionnait des contusions multiples et une raideur cervicale et lombaire. L'assuré était en incapacité totale de travail depuis le 13 novembre 2012. B. \_\_\_\_\_ a rempli une déclaration d'accident à l'adresse de X. \_\_\_\_\_ le 10 juin 2013, indiquant le 3 février 2012 comme date de l'accident et faisant

mention de blessures au dos et à la nuque, d'un travail interrompu le jour de l'accident, mais sans incapacité de travail consécutive. Le 17 juin 2013, l'assuré a rempli un questionnaire à l'adresse de X. \_\_\_\_\_, expliquant avoir perdu la maîtrise du véhicule, lequel avait effectué plusieurs tonneaux et s'était retrouvé sur le toit. L'assuré a mentionné des douleurs à la tête, à la nuque, au dos et aux genoux, douleurs persistant encore et assorties d'un manque de force dans les bras et les jambes. Il indiquait qu'une incapacité de travail pour les seules suites de l'événement précité lui avait été reconnue à 100 % pour une durée d'un mois environ. bb) Le 19 octobre 2012, alors qu'il effectuait une livraison, l'assuré a fait une chute sur le dos en descendant des escaliers. Le Dr C. \_\_\_\_\_ a attesté une incapacité entière de travail du 20 au 29 octobre 2012 et du 13 au 19 novembre 2012. Cet accident a été annoncé par l'employeur à X. \_\_\_\_\_ le 10 janvier 2013. Dans un rapport du 23 janvier 2013 concernant cet accident, le Dr C. \_\_\_\_\_ a constaté une hernie discale L5-S1 avec compression de la racine S1 à gauche. Dans un questionnaire à l'adresse de X. \_\_\_\_\_ du 24 janvier 2013, l'assuré a précisé avoir commencé à ressentir des douleurs dans le dos, les épaules et la nuque après sa chute et avoir pris rendez-vous chez le médecin le jour même. Il a déclaré avoir été en incapacité de travail du 14 décembre 2012 (sic) au 31 janvier 2013 et ajouté qu'il ressentait encore des douleurs au dos, à la nuque, aux jambes et aux mains. bc) Le 14 décembre 2012, l'assuré a été victime d'un nouvel accident professionnel, glissant sur une marche et chutant. Il a consulté le Dr C. \_\_\_\_\_ le même jour, lequel a attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis lors. La X. \_\_\_\_\_ a été informée incidemment de cet accident le 3 mai 2013, à réception du rapport médical du Dr Z. \_\_\_\_\_ (cf. let. d ci-dessous). L'assuré a cessé son activité auprès de B. \_\_\_\_\_ au 31 décembre 2012. c) Un IRM lombaire a été réalisé le 14 janvier 2013 à la Clinique G. \_\_\_\_\_ par le Dr V. \_\_\_\_\_, lequel a conclu à une « protrusion herniaire à large base L5-S1, prédominant en récessal gauche avec une très vraisemblable déviation postérieure +/- conflit de la racine S1 gauche, une ébauche de contact avec S1 droite [n'étant] pas exclue ». Le 15 février 2013, la Dresse L. \_\_\_\_\_ a effectué un IRM de la colonne cervicale, concluant à l'absence de sténose canalaire significative, à de petites protrusions discales C5-C6 médiane et paramédiane droite et C4-C5 paramédiane droite, sans signe de conflit radiculaire, à l'absence d'amputation radiculaire sur la séquence myélographique, ainsi qu'à l'absence de sténose canalaire significative. La Dresse L. \_\_\_\_\_ a également réalisé un IRM cérébral, concluant à de discrets épaissements muqueux en cadre des sinus maxillaire et sphénoïdal droits et de quelques cellules ethmoïdales antérieures et postérieures, à une déviation et éperon de la cloison nasale vers la droite et à l'absence d'autre anomalie. d) Le Dr C. \_\_\_\_\_ a adressé l'assuré au Dr Z. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, lequel a rendu un rapport le 22 mars 2013 se référant aux accidents d'octobre et décembre 2012. A l'examen clinique, ce médecin constatait un état général satisfaisant. L'examen neurologique des membres inférieurs ne montrait pas d'anomalie évidente. L'électromyogramme des myotomes L5 et S1 gauches était normal, ne montrant pas d'atteinte neurogène ou myogène. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ notait principalement que la collaboration était faible, le patient développant de très faibles efforts volontaires. Celui-ci invoquait des douleurs de la face postérieure des cuisses et des jambes. Le Dr Z. \_\_\_\_\_ avait revu les IRM des 14 janvier 2013 et 15 février 2013 et ne voyait rien de significatif. Il n'y avait notamment pas de canal lombaire étroit, pas de hernie discale extrêmement suspecte. L'existence de manifestations d'un syndrome des jambes sans repos faisait penser à un état dépressif sous-jacent. e) Le Dr C. \_\_\_\_\_ a adressé son patient au Dr F. \_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lequel a rendu un rapport le 7 mai 2013. Ce

médecin retenait les diagnostics de douleurs musculo-squelettiques rachidiennes cervico-dorsolombaires des membres supérieurs et des membres inférieurs dans le contexte de deux accidents successifs (soit l'accident de la circulation et la chute dans les escaliers de 2012), de discopathie dégénérative cervicale avec protrusion discale C4-C5 paramédiane droite et C5-C6 médiane et paramédiane droite, de spondylose lombaire avec discopathie dégénérative étagée et d'excès pondéral. Le Dr F. \_\_\_\_\_ relevait dans son anamnèse médicale notamment que lors de l'accident de la circulation, l'assuré aurait subi un traumatisme crânien avec une perte de connaissance brève. Il avait été en incapacité de travail durant 15 jours, puis avait repris son activité malgré la persistance des douleurs de la nuque et du dos. Concernant l'accident du 19 octobre 2012, le Dr F. \_\_\_\_\_ rapportait l'existence d'une contusion du dos et que depuis lors, les symptômes algiques rachidiens des membres supérieurs et des membres inférieurs persistaient avec des cervicalgies à irradiation brachiale bilatérale, associées à des symptômes paresthésiques des mains et à une sensation de diminution de la force de préhension. Étaient également présentes des lombalgies associées à des douleurs musculaires des jambes. Le patient se plaignait également de céphalées récurrentes. Les examens d'imagerie médicale incluant un IRM de la colonne cervicale et lombaire mettaient en évidence des discopathies étagées notamment des cervico-discarthroses C4-C5-C6 avec des protrusions discales médianes et paramédianes surtout droites et des discopathies lombaires L4-L5-S1. L'IRM et angio-IRM cérébral ne montraient pas d'anomalie significative en dehors de discrets épaisissements muqueux des sinus maxillaires, sphénoïdaux droits et éthmoïdaux. A l'examen clinique, le Dr F. \_\_\_\_\_ constatait un bon état général, mais une présentation algique. Il observait à l'examen musculo-squelettique une statique rachidienne marquée par une rectitude cervicale moyenne, un aplatissement thoracique et une rectitude lombaire moyenne et basse. La mobilité cervico-dorsolombaire était douloureuse dans toutes les amplitudes avec des contre-pulsions limitant la flexion/extension et les inclinaisons latérales. Les rotations spinales étaient un peu plus libres. Les douleurs segmentaires étaient étendues à la colonne cervicale moyenne basse, à la charnière cervico-dorsale, à la colonne lombaire basse et à la jonction lombo-sacrée. En position debout, l'appui monopodal était difficilement réalisé des deux côtés ; la marche sur les pointes et les talons n'était pas réalisée. En décubitus dorsal, la manœuvre de Lasègue ne déclenchait pas de sciatalgie mais accentuait les douleurs lombaires basses. La force de contraction des membres supérieurs était infra-maximale, notamment la préhension où le serrage était faible, les avant-bras étaient douloureux dans leur ensemble avec des paresthésies diffuses des mains dépassant le territoire du nerf médian. Les muscles jambiers étaient douloureux, notamment les gastrocnémiens. Les réflexes ostéo-tendineux bicipitaux, cubito-pronateurs et radiaux étaient faibles mais symétriques. Les réflexes rotuliens et achilléens étaient symétriques. Le réflexe cutané plantaire était indifférent des deux côtés. Dans son appréciation, le Dr F. \_\_\_\_\_ retenait que l'examen clinique musculo-squelettique montrait des douleurs rachidiennes diffuses cervico-dorsolombaires associées à des douleurs des avant-bras et des jambes, sans qu'il soit possible de mettre en évidence une zone de dysfonction précise ni de syndrome dorso ni lombo-vertébral douloureux discogène. Les forces de contraction étaient infra-maximales, avec pour conséquences une diminution de la force de préhension d'une part et d'autre part un appui monopodal ainsi que la marche sur les pointes et les talons non pleinement réalisés. f) Un IRM du genou droit a été réalisé le 22 mai 2013 par le Dr N. \_\_\_\_\_, qui concluait à un status après ancienne rupture du ligament croisé antérieur (ci-après : LCA), à une orientation résiduelle du LCA perturbée, sans qu'une continuité sur ce ligament puisse

être démontrée et à une déchirure grade III de la corne postérieure du ménisque interne. Etaient encore mentionnées quelques discrètes altérations du cartilage de recouvrement du compartiment fémoro-tibial, mais pas d'autre anomalie significative. g) Dans un rapport du 28 mai 2013 au Dr C. \_\_\_\_\_, qui lui avait adressé son patient pour des gonalgies droites ensuite de l'accident d'octobre 2012, le Dr R. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a posé le diagnostic de déchirure du ménisque interne et du ligament croisé antérieur du genou droit et préconisé une plastie du ligament et une méniscectomie interne du genou droit. Il a par ailleurs rappelé avoir été consulté en décembre 2012 pour des gonalgies gauches, lesquelles avaient évolué favorablement avec une infiltration. h) X. \_\_\_\_\_ a rencontré l'assuré le 12 juin 2013. Il ressort du protocole d'entretien notamment que l'intéressé, outre les douleurs physiques, avait des difficultés de sommeil, ne supportait pas le bruit, oubliait des choses et faisait des cauchemars de l'accident de février (recte janvier) 2012. Il avait le sentiment que tous ses maux ainsi que les deux accidents d'octobre et décembre 2012 étaient la conséquence de l'accident du mois de février (recte janvier) 2012. Il évoquait également des problèmes au genou droit, en lien avec l'accident de 2002. Il avait été opéré une fois et avait repoussé une deuxième opération. L'assuré expliquait ensuite que le 16 décembre 2012, son genou droit avait tapé contre la barre en métal du chariot, ce qui avait augmenté ses douleurs. Il devait être opéré le 3 septembre 2013. Lors de l'accident du mois d'octobre 2012, il s'était blessé au niveau du dos et des genoux. Depuis l'accident de voiture, il faisait une dépression. Concernant l'accident de février (recte janvier) 2012, l'assuré a précisé que lorsque le fourgon avait touché la bordure droite de la chaussée, il avait fait des tonneaux et s'était immobilisé sur le toit. Des témoins avaient assisté à la scène. L'assuré avait tout de suite senti des douleurs à la nuque et au dos et ses genoux étaient coincés sur le toit. Il n'avait pas perdu connaissance, mais avait par contre complètement perdu le sens de l'orientation. Il avait mis du temps à ouvrir les yeux, voyait tout noir et était compressé. Il avait mal à la tête, avait enlevé sa ceinture de sécurité et s'était traîné à l'extérieur. Il s'était assis au bord de la route sur la neige et une personne était venue lui demander s'il allait bien. Une autre personne avait appelé la police qui était venue presque deux heures après. En fin de journée, il s'était rendu chez le Dr C. \_\_\_\_\_. Il avait eu un traitement de physiothérapie et des médicaments et bénéficié d'un arrêt de travail de presque un mois. Concernant l'accident du 19 octobre 2012, l'assuré a ajouté que, outre s'être tapé le dos contre une marche d'escaliers, ses genoux avaient heurté une caisse de vin vide. Il avait continué à travailler, puis était allé consulter le Dr C. \_\_\_\_\_ en fin de journée et avait avisé son employeur. S'agissant de l'accident du 14 décembre 2012, l'assuré a tout d'abord indiqué que son genou droit avait heurté la barre métallique de son chariot et mentionné une prochaine opération puis, en réponse aux questions spécifiques de l'enquêteur sur les circonstances de cet accident, a parlé d'un heurt sur les deux genoux. L'assuré a encore précisé que depuis l'accident de voiture, il avait des démangeaisons à l'intérieur du nez. Il avait parfois du sang quand il se mouchait. Il ne pouvait pratiquement rien faire. Il n'était bien dans aucune position ce qui le rendait nerveux. Il avait de soudaines augmentations de la température de la tête, suivies de douleurs qui lui donnaient envie de vomir. Il pouvait marcher, mais cela devenait pénible au bout d'un kilomètre pour son dos et ses jambes. Il ne pouvait pas conduire sur de longs trajets. Aucune demande n'était en cours auprès de l'assurance-invalidité. Les douleurs dans la nuque avaient augmenté entre l'accident de février 2012 et celui d'octobre 2012, de même que la perte de mémoire. Il devait également faire usage de lunettes de vue pour lire, ce qui n'était pas le cas après le premier accident.

Le troisième accident avait aggravé la situation. Il n'avait exercé aucune activité lucrative depuis l'accident du 14 décembre 2012. i) Une intervention de reconstruction du LCA du genou droit à l'aide des tendons ischio-jambiers a été réalisée le 3 septembre 2013 à l'Hôpital [...], au motif d'une instabilité de ce genou. Dans le rapport consécutif, du 2 octobre 2013, les Drs P. \_\_\_\_\_ et [...] ont qualifié les suites opératoires de simples. Sur le plan local, à la réfection du pansement à deux jours de l'opération, les médecins notaient une plaie calme, sans signe inflammatoire et sans troubles neuro-vasculaires distaux. Le patient étant afebrile, sans plainte particulière, et l'évolution favorable, il avait pu regagner son domicile le 6 septembre 2013. Le Dr P. \_\_\_\_\_ a remis à X. \_\_\_\_\_ un rapport le 25 novembre 2013, constatant une évolution peu favorable des suites opératoires concernant le genou droit avec persistance de douleurs multiples non systématisables. Sur le plan strictement clinique, l'évolution était normale avec un genou stable, une douleur à la palpation des interlignes interne-externe avec tests méniscaux négatifs, un ménisque qui ne présentait pas de déchirure transfixiante lors du geste effectué au mois de septembre pour la reconstruction du LCA. Le Dr P. \_\_\_\_\_ notait que le patient se plaignait « maintenant également » de son genou gauche. Un IRM de ce genou effectué le 14 novembre 2013 mettait en évidence une déchirure horizontale du segment moyen et de la corne postérieure du ménisque interne. j) X. \_\_\_\_\_ a mandaté le Centre W. \_\_\_\_\_ (ci-après : Centre W. \_\_\_\_\_) aux fins d'une expertise pluridisciplinaire. Cette dernière s'est déroulée les 9 et 24 octobre 2013 et a été menée par les Drs T. \_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, Q. \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et J. \_\_\_\_\_, neuropsychologue. Ces derniers ont remis leur rapport le 24 janvier 2014, après discussion interdisciplinaire. Concernant l'accident de circulation, les experts ont observé que, bien que l'assuré signalait une brève perte de connaissance, il n'y avait apparemment pas eu de traumatisme crânio-cérébral (ci-après : TCC) important. L'assuré expliquait avoir chuté sur la nuque et s'être coincé les genoux sous le volant. Il était sorti de lui-même de son véhicule et présentait depuis lors des céphalées, des cervico-dorso-lombalgies et des douleurs au niveau des genoux. L'anamnèse était imprécise quant à savoir s'il y avait eu une aggravation déterminante au genou droit, puisque l'assuré décrivait des lâchages déjà avant. Il décrivait également des douleurs du genou gauche traitées par infiltration corticoïde par le Dr R. \_\_\_\_\_, mais pour lesquelles aucun bilan n'avait jamais été fait. Au moment de l'expertise, l'assuré déclarait avoir aussi mal et se sentir tout aussi instable avec le genou droit qu'avant l'intervention. A l'examen clinique neurologique, la collaboration de l'assuré était minimale, avec clairement des facteurs de majoration des symptômes empêchant l'examineur de procéder à un examen fiable et détaillé. Néanmoins, l'examen de la nuque révélait une mobilité modérément limitée, un peu sensible localement, mais sans contracture des muscles paravertébraux et du chef supérieur du trapèze. L'examen des paires crâniennes était sans particularité. A l'examen des membres, alors que l'épreuve des bras tendus était sans chute, l'épreuve des jambes fléchies était impossible en raison de la provocation de douleurs importantes. Alors que la trophicité musculaire était globalement bien préservée et que les réflexes tendineux étaient normalement présents, le testing de la force musculaire était rendu pratiquement impossible en raison d'une ébauche uniquement de mouvements volontaires, clairement incompatible avec la possibilité tout de même préservée d'une activité musculaire normale dans le cadre des activités de tous les jours. Les épreuves de coordination étaient correctement exécutées aux membres supérieurs et impossibles à pratiquer aux membres inférieurs, en raison de l'apparente faiblesse et des douleurs rachidiennes. L'examen de la sensibilité était sans

particularité, hormis une hypoesthésie tactilo-douloureuse apparemment globale du membre inférieur droit, sans topographie radiculaire ou tronculaire. En bref, l'examen neurologique était à considérer comme dominé par des facteurs de majoration des symptômes sans évidence d'atteinte neurologique périphérique ou centrale clairement documentable. Les experts relevaient également la très mauvaise compliance aux médicaments que l'assuré disait prendre régulièrement. Il n'était pas retenu, sur le plan neurologique, d'atteinte à la santé post-traumatique ou malade significative. Sur le plan orthopédique, les experts étaient d'avis qu'en ce qui concernait le genou droit, la situation et notamment l'intervention effectuée le 3 septembre 2013 étaient plus probablement dues aux suites de l'accident du 2 juillet 2002, qu'aux accidents ultérieurs, une aggravation déterminante n'étant de loin pas prouvée. L'assuré décrivait très clairement qu'il avait des déroberments fréquents avant ces nouveaux épisodes traumatiques. Il était actuellement en rééducation. L'examen clinique à environ six semaines de l'intervention était plutôt rassurant, avec un genou bien stabilisé, un très discret épanchement résiduel et une mobilité subtotale (120/0/0). L'évolution devait être à moyen ou long terme favorable, en tout cas sur le plan de la reprise du travail comme chauffeur-livreur, dans les quatre à six mois suivant l'intervention. A plus long terme cependant, une gonarthrose droite ne pouvait être exclue et il faudrait alors reconsidérer les conséquences de l'accident du 2 juillet 2002. Concernant les douleurs décrites au niveau du genou gauche, les experts estimaient n'avoir pas d'élément déterminant, ni dans le dossier, ni dans l'anamnèse, ni à l'examen clinique, pour décider qu'il y avait une atteinte traumatique significative de ce genou suite aux différents accidents survenus le 31 janvier 2012 et le 19 octobre 2012 entre autres. Sur le plan neuropsychologique, l'examen mettait en évidence des déficits sévères à très sévères à toutes les tâches proposées, au niveau des fonctions exécutives, de la mémoire et de l'attention. Toutefois, les signes de défaut d'effort abondaient, tant cliniquement que dans les tâches validées de détection du défaut d'effort. Par ailleurs, l'intensité et la généralité des déficits étaient discordants par rapport à l'imagerie cérébrale, qui ne montrait aucune anomalie. Il n'y avait pas non plus de notion de TCC lié à aucun des accidents dont l'expertisé avait été victime. En conséquence, devant une absence de traumatisme crânien, des résultats incohérents et un défaut d'effort, il n'était pas possible de retenir un diagnostic neuropsychologique. Au vu de ces éléments, les experts ont déclaré ne pouvoir en définitive retenir aucune atteinte consécutive aux deux accidents de 2012, que ce soit sur les plans neurologique, neuropsychologique ou orthopédique. La seule atteinte traumatique était celle du genou droit suite à l'accident de 2002. Il n'y avait pas eu d'aggravation suite aux accidents de 2012, qui n'avaient entraîné aucune incapacité de travail. Les experts ont retenu les diagnostics de déchirure du LCA et du ménisque du genou droit à l'occasion de l'accident de 2002 et de douleurs d'origine indéterminée du genou gauche. Une incapacité entière pouvait être retenue dès le 3 septembre 2013 en raison de la stabilisation chirurgicale du genou droit. La reprise du travail devait avoir lieu dans les 4 à 6 mois après l'intervention en cas d'évolution favorable. Dans un rapport du 18 février 2014, le Dr C. \_\_\_\_\_ a réagi à l'expertise en observant qu'avant l'accident de 2012, son patient était en parfaite santé et en pleine possession de ses moyens psycho-intellectuels. Il n'avait pas subi de TCC lors de l'accident de 2012, mais un traumatisme crânien, suite aux tonneaux du véhicule impliquant des chocs sur la tête. Un tel accident pouvait avoir eu des répercussions sur la colonne cervicale qui montrait des signes de dégénérescence. L'assuré présentait de plus des œdèmes des membres inférieurs, problème qui n'était pas encore élucidé. Le Dr C. \_\_\_\_\_ préconisait d'attendre les conclusions de la Clinique [...], à laquelle l'assuré avait été adressé. Le Dr

T. \_\_\_\_\_ s'est prononcé sur les observations du Dr C. \_\_\_\_\_ dans un rapport complémentaire du 28 mars 2014, estimant que le médecin traitant n'apportait pas d'argument déterminant permettant de modifier l'appréciation du Centre W. \_\_\_\_\_.

L'assuré n'avait visiblement pas présenté un TCC important susceptible d'expliquer ses plaintes et ni l'examen clinique, ni le bilan neuropsychologique ne permettaient d'objectiver une atteinte relevante. Pour ce qui était des œdèmes des membres inférieurs et des autres plaintes, notamment au niveau rachidien, aucun élément post-traumatique significatif n'était objectivé chez un patient présentant par ailleurs des signes de dégénérescence rachidienne aux différents bilans IRM pratiqués. Les éléments actuellement à disposition étaient suffisants pour se prononcer de façon précise et définitive sur les conséquences des différents événements accidentels. k) X. \_\_\_\_\_ a rendu une décision le 5 juin 2014, retenant l'absence de lien de causalité naturelle entre les trois accidents de 2012 et les troubles présentés par l'assuré. Dès lors, X. \_\_\_\_\_ a refusé de prendre en charge les frais relatifs à l'opération du 3 septembre 2013 et ses suites, de même que les frais relatifs aux troubles du genou gauche et aux plaintes neurologiques et neuropsychologiques. Elle a par ailleurs réclamé à U. \_\_\_\_\_ le remboursement des indemnités journalières versées depuis le 3 septembre 2013. L'assuré s'est opposé à la décision précitée le 11 juin 2014, évoquant sans le produire un rapport du 2 avril 2014 du Dr [...], qui considérait que l'insuffisance veineuse dont l'assuré souffrait était principalement due au fait que ce dernier ne marchait qu'à petits pas avec une boiterie importante, et ceci depuis les accidents dont il avait été victime en 2012, ce qui signifiait qu'il existait bien un lien de causalité pour le moins vraisemblable entre les troubles actuels et les accidents précités. Une expertise pluridisciplinaire était selon l'assuré nécessaire, étant donné la complexité de son cas. Le 6 août 2014, X. \_\_\_\_\_ a transmis au Centre W. \_\_\_\_\_ deux pièces médicales relatives au genou gauche de l'assuré, soit le rapport du 25 novembre 2013 du Dr P. \_\_\_\_\_ et le rapport IRM du 14 novembre 2013. Le Centre W. \_\_\_\_\_, sous la plume du Dr Q. \_\_\_\_\_, s'est prononcé sur ces pièces le 15 août 2014. A la question de l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'atteinte au genou gauche et les accidents de 2012, il a répondu « très probablement non ». Dans le développement de son rapport complémentaire, l'expert a tout d'abord rappelé le courrier du Dr R. \_\_\_\_\_ du 28 mai 2013, plus particulièrement l'absence de mention de causalité entre les gonalgies gauches et les accidents. Il a encore observé que l'infiltration pratiquée sur le genou gauche n'était de loin pas habituelle pour traiter primairement une affection post-traumatique. Se référant à l'IRM du genou gauche effectuée le 14 novembre 2013, il a précisé que la déchirure horizontale d'un ménisque est une affection plus probablement dégénérative alors qu'une déchirure traumatique est en général verticale et transfixiante. Se référant ensuite à la recommandation du Dr P. \_\_\_\_\_ de ne pas précipiter une arthroscopie du genou gauche pour résection du ménisque interne, l'expert a observé que de façon générale, les déchirures clairement traumatiques avec portion d'un ménisque instable ont un bon pronostic dans les suites d'une intervention arthroscopique consistant à réséquer la portion instable, tandis que dans toutes les autres situations, l'évolution est incertaine lorsqu'il y a clairement une atteinte dégénérative. L'expert retenait dès lors que le fait que le Dr P. \_\_\_\_\_ n'ait pas voulu intervenir était dû au contexte défavorable chez le patient mais également très certainement au fait qu'il ne s'agissait pas d'une lésion traumatique franche et dont le pronostic post-chirurgie était donc très incertain. Il estimait que le rapport de causalité entre les différents accidents et l'affection du genou gauche était probablement négatif. Par courrier du 26 août 2014, l'assuré a observé que la déchirure du ménisque du

genou gauche devait être considérée comme une lésion assimilée à un accident. L'assurance-accident devait la prendre en charge à moins qu'il soit certifié que cette déchirure était d'origine exclusivement dégénérative. U. \_\_\_\_\_ ne s'est pas opposée à la décision de X. \_\_\_\_\_. X. \_\_\_\_\_ a rejeté l'opposition de l'assuré par décision du 10 octobre 2014. Concernant le genou gauche, elle a relevé que cette lésion ne pouvait être rattachée, au moins partiellement, à un accident. B. S. \_\_\_\_\_ a recouru contre la décision sur opposition précitée le 10 novembre 2014, par l'intermédiaire de son mandataire, auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Il allègue d'une part avoir été victime le 31 janvier 2012 d'un probable traumatisme de type « coup du lapin », qui n'avait pas été investigué par l'intimée. Il avance d'autre part que la déchirure du ménisque du genou gauche constitue une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. Il conclut à l'allocation des prestations d'assurance-accidents, soit les frais de traitement et les indemnités journalières, pour les événements des 31 janvier, 19 octobre et 14 décembre 2012 et au renvoi de la cause à l'intimée pour instruction quant à son droit à des prestations en lien avec le traumatisme du type « coup du lapin ». Le recourant a produit un bordereau de pièces, notamment un rapport que lui avait adressé à sa demande le Dr C. \_\_\_\_\_ le 5 novembre 2014, dont la teneur est la suivante : « En réponse à votre demande du 31.10.14 je vous donne les renseignements suivants : 1. Monsieur S. \_\_\_\_\_ a très probablement subi un traumatisme de type « coup du lapin » lors de l'accident du 31 janvier 2012, au cours duquel il a fait plusieurs tonneaux avec sa camionnette. Il ne se souvient d'ailleurs plus des circonstances de cet accident (amnésie circonstancielle). 2. Je connais Monsieur S. \_\_\_\_\_ depuis de nombreuses années, avant l'accident on peut dire que c'était « un homme normal » qui ne se plaignait pas pour rien. Depuis l'accident, c'est un autre homme. Il souffre de maux de tête diffus et violents, de vertiges, de troubles de la concentration et de la mémoire, de fatigabilité anormale et même de dépression. Pour le problème des genoux, voir avec le Docteur P. \_\_\_\_\_ chirurgien orthopédiste qui traite actuellement Monsieur S. \_\_\_\_\_. Il y a eu plus des [sic] douleurs aux épaules (depuis l'accident de janvier 2012). 3. Je n'ai pas l'impression qu'il y a exagération des symptômes de la part de Monsieur S. \_\_\_\_\_ comme noté dans le rapport d'expertise du Centre W. \_\_\_\_\_. » L'intimée a conclu au rejet du recours par réponse du 28 novembre 2014. Elle a d'une part nié le lien de causalité tant naturel qu'adéquat entre les troubles présentés par le recourant tels que céphalées, douleurs rachidiennes, douleurs aux épaules, vertiges, irritabilité et perte de mémoire et l'accident du 31 janvier 2012. D'autre part, l'intimée a estimé qu'il n'était pas établi au degré de vraisemblance prépondérante requis que la lésion du genou gauche avait été déclenchée, ne serait-ce que partiellement, par un des accidents subis par le recourant. En relation avec l'accident du 31 janvier 2012, la juge instructrice a adressé au Dr C. \_\_\_\_\_ une liste de questions le 11 mars 2015, auxquelles il a répondu par courrier du 20 mars 2015, précisant que l'accident de circulation avait eu lieu le 2 février 2012 et que le recourant était venu le consulter le lendemain. Le recourant avait déclaré avoir fait plusieurs tonneaux, selon ce que lui avait dit la police, après avoir dérapé sur une route enneigée. Les circonstances de l'accident restaient floues pour son patient, si ce n'est qu'il avait ressenti des douleurs multiples, mais plus précisément à la colonne cervicale (coup du lapin), dans la région dorsale et à l'épaule gauche. Le Dr C. \_\_\_\_\_ avait constaté une raideur cervicale et une difficulté à mobiliser les membres en raison des contusions multiples, et avait prescrit des anti-inflammatoires et des antalgiques. Son patient, malgré ses douleurs, ne souhaitait pas un arrêt de travail parce que son patron avait absolument besoin de lui. Devant la persistance de la symptomatologie douloureuse, le Dr C. \_\_\_\_\_

avait demandé un IRM cervical qui avait montré de petites lésions des disques C4-C5, C5-C6. Il avait mis son patient au bénéfice d'un arrêt de travail du 4 au 14 février 2012. Le recourant avait ensuite repris malgré des douleurs cervicales et dorsales persistantes, et des douleurs au niveau de l'épaule gauche et malgré l'avis du médecin, ceci pour ne pas décevoir son patron. Le Dr C. \_\_\_\_\_ avait prononcé une nouvelle incapacité de travail en raison d'une exacerbation des douleurs du 20 au 29 octobre 2012. En raison de violentes céphalées survenues le 12 novembre 2012 ensuite de la chute dans les escaliers du 19 octobre 2012, le recourant était en incapacité de travail à 100 % depuis le 13 novembre 2012. Par écriture du 10 avril 2015, l'intimée a déclaré maintenir sa position, observant notamment que l'ancien employeur du recourant n'avait jamais annoncé d'incapacité de travail pour les suites de l'accident du 31 janvier 2012 et qu'aucun certificat d'arrêt de travail ne lui était parvenu pour solliciter le versement d'une indemnité journalière pendant la période indiquée par le Dr C. \_\_\_\_\_. Le recourant a confirmé ses conclusions par écriture du 16 avril 2015. Par écriture du 27 avril 2015, l'intimé a renoncé à se prononcer plus avant. Les arguments des parties seront repris pour le surplus dans la mesure utile dans la partie en droit ci-après. 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 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). b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique notamment 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). c) Le recours a été interjeté devant le tribunal compétent en temps utile par l'assuré qui a qualité pour agir (cf. art. 59 LPGA). Il respecte en outre les autres conditions de forme prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. 2. 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 131 V 164 ; 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). Le litige porte sur le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents ensuite des accidents des 31 janvier, 19 octobre et 14 décembre 2012, singulièrement sur le point de savoir s'il existe un rapport de causalité entre les troubles existant à compter de ces dates et les événements accidentels. Se pose dans ce contexte d'une part la question de l'existence d'un traumatisme de type « coup du lapin » qui serait survenu lors de l'accident de circulation du 31 janvier 2012, d'autre part la question d'une éventuelle atteinte à la santé assimilée à un accident en vertu de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), vu le diagnostic de déchirure du ménisque du genou gauche. Il est observé que le recourant ne conteste plus

au stade de son recours la négation par l'intimée d'un lien de causalité entre l'atteinte au genou droit et les accidents assurés par elle. Ainsi, la prise en charge des frais de traitement inhérents à cette atteinte, en particulier de l'opération du 3 septembre 2013, n'est plus litigieuse et ne sera dès lors pas examinée dans le présent arrêt.

3. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, et sous réserve de dispositions spéciales de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Les prestations de l'assurance-accidents obligatoire comprennent notamment le traitement médical (art. 10 LAA), les prestations en espèce sous forme d'indemnités journalières (art. 16 LAA), de rentes d'invalidité (art. 18 LAA) et de survivants (art. 28 LAA), et les prestations en espèce versées à titre d'indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 LAA), ainsi que par suite d'impotence (art. 26 LAA). Par accident, on entend 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 (art. 4 LPGa). Selon la jurisprudence, la notion d'accident se décompose en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur à l'atteinte et enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références ; 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C\_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). Le facteur doit être extérieur en ce sens qu'il doit s'agir d'une cause externe et non interne au corps humain (cf. Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, *L'assurance-accidents obligatoire*, in *Soziale Sicherheit*, [SBVR] vol. XIV, 2 e éd., Bâle/Genève/Munich 2007, p. 859 n° 66 ; ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et la référence ; TF 8C\_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

b) Selon la jurisprudence relative aux prestations accordées selon la LAA en cas d'accident professionnel ou non professionnel (cf. art. 6 al. 1 LAA), le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci. 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'assureur ou, 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 l'assurance sociale (cf. infra consid. 4). Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré

doit être nié (cf. notamment ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; 402 consid. 4.3 ; 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C\_858/2008 du 14 août 2009 consid. 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\_119/2012 du 30 mars 2012 consid. 4 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 consid. 3b). 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 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 74 p. 861 s., n° 79 p. 865). 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 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 80 p. 865). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, 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 ; 402 consid. 2.2 ; 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C\_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'existence d'un rapport de causalité adéquate est une question de droit ; elle doit être appréciée sous l'angle juridique et tranchée par l'administration ou le juge, et non par des experts médicaux (ATF 107 V 173 consid. 4b ; TF U 493/06 du 5 novembre 2007 consid. 3.1). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; 117 V 359 consid. 6a ; TF 8C\_718/2010 du 20 octobre 2010 consid. 3.1 in fine ; 8C\_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références). c) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA. Selon cette disposition dans sa teneur en vigueur au 31 décembre 2016, certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : let. a. les fractures ; let. b. les déboîtements d'articulations ; let. c. les déchirures du ménisque ; let. d. les déchirures de muscles ; let. e. les élongations de muscles ; let. f. les déchirures de tendons ; let. g. les lésions de ligaments ; let. h. les lésions du tympan. La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. Aussi, les assureurs-accidents LAA doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA – dont la liste est exhaustive (ATF 123 V 43 consid. 2b) – sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; 129 V 466 ; 123 V 43 consid. 2b ; 116 V 145 consid. 2c ; 114 V 298 consid. 3c). La jurisprudence a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de

lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGA). En particulier, en l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 ; TFA U 96/05 du 20 mai 2006 consid. 2.2). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 let. a à h OLAA. Dans le cadre des atteintes visées à l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que les lésions ont au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 OLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3 et les références). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident tant et aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine, sans quoi l'on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette lésion (cf. TF 8C\_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2, 8C\_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 et 8C\_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2, 8C\_381/2014 du 11 juin 2015, consid. 3.2) 4. Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2). Par ailleurs, la procédure est régie par le principe inquisitoire, selon lequel les faits pertinents de la cause doivent être constatés d'office par le juge. Mais ce principe n'est pas absolu. Sa portée est restreinte par le devoir des parties de collaborer à l'instruction de l'affaire (ATF 122 V 157 consid. 1a ; 121 V 204 consid. 6c et les références). Celui-ci comprend en particulier l'obligation des parties d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués, faute de quoi elles risquent de devoir supporter les conséquences de l'absence de preuves (ATF 125 V 193 consid. 2 ; cf. ATF 130 I 180 consid. 3.2). Dans le domaine médical, l'administration et le juge doivent examiner de manière objective tous les moyens de preuves, quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur

le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe que les points litigieux 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 de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C\_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; TF 9C\_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; TF 9C\_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2). 5. La déchirure du ménisque du genou gauche du recourant doit être examinée à l'aune de l'art. 9 al. 2 OLAA. Comme expliqué supra, l'art. 9 al. 2 OLAA suppose toujours qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré. Il s'agit en l'espèce d'examiner si les événements accidentels dont a été victime le recourant en 2012 ont déclenché des symptômes au genou gauche. a) Les consultations médicales du recourant immédiatement consécutives aux accidents ne font pas mention d'atteinte au genou gauche. En effet, dans son rapport du 30 avril 2013, le Dr C.\_\_\_\_\_ évoque, en relation avec l'accident de janvier 2012, des contusions multiples et une raideur cervicale et lombaire. Dans son rapport du 20 mars 2015, il indique que son patient ressentait des douleurs multiples, plus précisément sur la colonne cervicale, la région dorsale et l'épaule gauche, et il a constaté une raideur cervicale de même qu'une difficulté à mobiliser les membres en raison des contusions multiples. En relation avec l'accident du 19 octobre 2012, ce médecin mentionne, dans son rapport du 23 janvier 2013, une chute sur le dos et constate une hernie discale. Aucun rapport spécifique du Dr C.\_\_\_\_\_ en relation avec l'accident du 14 décembre 2012 ne figure au dossier de l'intimée. Dans son rapport du 22 mars 2013, en relation avec les accidents d'octobre et décembre 2012, le Dr Z.\_\_\_\_\_ relève des douleurs de la face postérieure des cuisses et des jambes. L'examen neurologique des membres inférieurs ne montrait pas d'anomalie évidente et il n'est pas fait mention de douleurs au genou gauche. Dans l'anamnèse du rapport du 7 mai 2013 établie par le Dr F.\_\_\_\_\_, il est relevé un traumatisme crânien avec une perte de connaissance brève ainsi que des douleurs à la nuque et au dos s'agissant de l'accident de janvier 2012, une contusion du dos et une accentuation des douleurs rachidiennes ainsi que des douleurs dans les bras et les jambes en relation avec l'accident du 19 octobre 2012, avec la précision, s'agissant des jambes, qu'il s'agit de douleurs musculaires. Le Dr F.\_\_\_\_\_ décrit que l'examen clinique musculo-squelettique montre des douleurs rachidiennes cervico-dorsolombaires associées à des douleurs des avant-bras et des jambes, sans qu'il soit possible de mettre en évidence une zone de dysfonction précise. Le Dr F.\_\_\_\_\_ ne relève aucun symptôme en relation avec le genou gauche en particulier. Le rapport du Dr P.\_\_\_\_\_ du 30 août 2013 fait mention d'une entorse du genou droit et non du genou gauche, en relation avec l'accident d'octobre 2012. Le rapport du 2 octobre 2013 indique une instabilité et des douleurs du genou droit à titre de motif de la prise en charge. Finalement, dans son rapport du 25 novembre 2013, consécutif alors à l'arthroscopie du genou droit du 3 septembre 2013, le Dr P.\_\_\_\_\_ écrit que « le patient se plaint maintenant également de son genou gauche » et l'IRM de ce genou met en

évidence une déchirure du tiers postérieur du ménisque. Fait exception le rapport du Dr R. \_\_\_\_\_ du 28 mai 2013, lequel mentionne une consultation en décembre 2012 pour des gonalgies à gauche, qui avaient évolué favorablement ensuite d'une infiltration. Ne subsistaient depuis lors plus que des douleurs localisées au compartiment interne du genou droit. Le Dr R. \_\_\_\_\_ ne fournit cependant aucune précision sur la nature ou la cause des gonalgies gauches, ce qui demeure en l'espèce sans incidence. En effet, dans son rapport complémentaire du 15 août 2014, le Dr Q. \_\_\_\_\_ a expliqué les raisons pour lesquelles la déchirure du ménisque gauche devait être considérée comme d'origine dégénérative, à savoir que le Dr R. \_\_\_\_\_ avait pratiqué une infiltration, acte inhabituel pour le traitement primaire d'une affection post-traumatique et qu'une déchirure traumatique était généralement verticale et transfixiante, celle présentée par le recourant étant horizontale. A cela s'ajoute que la déchirure du ménisque gauche n'a été diagnostiquée qu'à la faveur de l'IRM du 13 novembre 2013, et ce consécutivement au fait que le recourant s'est plaint pour la première fois auprès de son médecin opérateur de souffrir du genou gauche. b) Il sera par ailleurs observé que les déclarations d'accident ne font pas état d'atteinte au genou gauche. c) Les déclarations du recourant sont variables quant à l'existence d'une atteinte au genou gauche consécutive à l'un ou l'autre des accidents. Dans le questionnaire du 24 janvier 2013 en relation avec l'accident du 19 octobre 2012, le recourant fait état de douleurs dans le dos, les épaules et la nuque exclusivement. Il fait pour la première fois mention d'une atteinte au genou gauche lors de l'entretien du 12 juin 2013. Dans le questionnaire du 17 juin 2013 en relation avec l'accident du 31 janvier 2012, il évoque notamment des douleurs aux genoux, sans précision. Il en fait état également auprès des experts du Centre W. \_\_\_\_\_. Ses déclarations sont cependant vagues et sujettes à fluctuation. Auprès de l'expert, en relation avec l'accident du 31 janvier 2012, le recourant indique qu'il aurait eu les genoux coincés sous le volant alors que lors de l'entretien avec l'assureur du 12 juin 2013, il indique que ses genoux étaient coincés sur le toit. Lors de cet entretien, le recourant décrit une dynamique des trois accidents susceptibles d'entraîner chaque fois une atteinte des deux genoux et évoque des douleurs consécutives à ces accidents. Il précise notamment que lors de sa chute du 19 octobre 2012, ses genoux ont tapé contre une caisse de vin, ce qu'il n'avait pas du tout évoqué auparavant. En réponse à une question plus précise de l'expert quant aux douleurs présentées au genou gauche ensuite de l'accident du 31 janvier 2012, le recourant concède toutefois qu'il n'y a jamais eu de bilan concernant ce genou. S'agissant de l'accident du 14 décembre 2012, il ne parle dans un premier temps que d'une atteinte du genou droit pour ensuite évoquer un heurt des deux genoux. La jurisprudence rappelle qu'en matière de preuve de l'existence d'une cause extérieure prétendument à l'origine de l'atteinte à la santé, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué sont au bénéfice d'une présomption de vraisemblance. Il peut néanmoins arriver que les déclarations successives de l'intéressé soient contradictoires entre elles. En pareilles circonstances, selon la jurisprudence, il convient de retenir la première affirmation, qui correspond généralement à celle que l'assuré a faite alors qu'il n'était pas encore conscient des conséquences juridiques qu'elle aurait, les nouvelles explications pouvant être, consciemment ou non, le produit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 45 consid. 2a et les références ; RAMA 2004 n° U 515 p. 420 consid. 1.2 ; VSI 2000 p. 201 consid. 2d). Ainsi, ce sont les premières déclarations du recourant qui sont déterminantes et en l'espèce, il apparaît que lors des premières consultations suivant les accidents, soit celles auprès du Dr C. \_\_\_\_\_, le recourant n'a pas évoqué de douleurs au genou gauche consécutives à ces

accidents. Il n'aura probablement pas imputé non plus à un quelconque accident les gonalgies gauches soignées par infiltration par le Dr R. \_\_\_\_\_, à défaut de quoi ce praticien en aurait certainement fait mention et investigué plus avant. Ainsi, il doit être admis que les trois accidents litigieux n'ont pas déclenché de symptômes d'une atteinte au genou gauche. L'intimée a ainsi à juste titre refusé de prendre en charge l'atteinte au genou gauche présentée par le recourant. 6. a) Le recourant invoque l'existence d'une atteinte traumatique de type « coup du lapin », qui serait survenue lors de l'accident du 31 janvier 2012. En présence d'atteintes à la santé reposant sur un substrat organique dans le sens d'une altération structurelle clairement mise en évidence à la radiologie ou éventuellement d'une autre façon et due à l'accident, le lien de causalité naturelle et adéquate est admis sans autre. Dans des cas si clairs, la causalité adéquate en tant que filtre visant à distinguer la responsabilité juridique de celle qui découle du lien de causalité naturelle n'a pas de signification propre ; la causalité adéquate, en d'autres termes le lien de causalité pertinent en droit, se recoupe avec la causalité naturelle (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et 117 V 359 consid. 5d/bb). En font par exemple partie les troubles de la nuque qui reposent sur une altération structurelle du rachis cervical (p. ex. une fracture) ou des troubles neuropsychologiques avec pour origine une lésion organique (cérébrale) établie. En matière d'atteintes à la santé « organiquement » perceptibles lors de l'examen clinique mais sans substrat organique dans le sens d'une altération structurelle, l'expérience montre que de tels troubles ont comme particularité de pouvoir également être déclenchés psychiquement. Il en va ainsi pour des troubles mis en évidence par des tests neuropsychologiques (distraction, manque de concentration, etc.) et qui ne sont pas fondés sur une atteinte organique (cérébrale) (TFA U 80/2001 du 11 juillet 2003 et U 216/2003 du 20 septembre 2004). De telles atteintes, dont la cause organique n'est pas démontrable quand le lien de causalité est retenu, ne sont pas considérées sans autre comme étant en lien de causalité adéquate avec l'accident, tel que c'est le cas pour les atteintes avec substrat organique au sens d'altérations structurelles. Dans ces cas de plaintes seulement perceptibles cliniquement, il faut encore évaluer la causalité adéquate selon des critères précisés par le Tribunal fédéral. En cas d'accident ayant entraîné un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, d'un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou d'un traumatisme crânio-cérébral sans preuve d'un déficit organique objectivable, le Tribunal fédéral a développé une jurisprudence particulière en matière de causalité (cf. ATF 134 V 109 ; 117 V 359). Dans ces cas, l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'accident et l'incapacité de travail ou de gain doit en principe être reconnue en présence d'un tableau clinique typique présentant de multiples plaintes (maux de têtes diffus, vertiges, troubles de la concentration et de la mémoire, nausées, fatigabilité, troubles de la vue, irritabilité, dépression, modification du caractère, etc.). Il n'est pas exigé que tous les symptômes du tableau clinique typique apparaissent pendant le temps de latence déterminant de 24 heures à, au maximum, 72 heures après l'accident. Il faut toutefois que pendant ce temps de latence se manifestent au moins des douleurs au rachis cervical ou au cou (TF 8C\_792/2009 du 1 er février 2010 consid. 6.1, et les références). Il faut également que l'existence d'un tel traumatisme et de ses suites soit dûment attestée par des renseignements médicaux fiables (ATF 134 V 109 consid. 9 ; 119 V 335 consid. 1 et 117 V 359 consid. 4b). Selon la jurisprudence, on ne peut parler de conséquences organiques objectivement avérées d'un accident que lorsque les constatations ont été confirmées au moyen d'examen radiologiques ou d'examen par un appareil et si les méthodes d'examen utilisées sont scientifiquement reconnues (TF 8C\_537/2009 du 3 mars 2010 consid. 5.3 ; 8C\_216/2009 du

28 octobre 2009 consid. 2 et les références). b) A titre liminaire, il sera relevé que l'expertise du Centre W. \_\_\_\_\_ remplit les critères jurisprudentiels pour se voir reconnaître pleine valeur probante. Les rapports radiologiques et l'examen clinique n'apportent pas la preuve d'une atteinte neurologique périphérique ou centrale significative. Sur le plan neuropsychologique, en l'absence de traumatisme crânien susceptible d'expliquer les plaintes et face à des résultats d'examen incohérents comme à un défaut d'effort, aucun diagnostic neuropsychologique n'était posé. Au vu des conclusions des experts, l'accident du 31 janvier 2012 n'a pas entraîné d'atteinte traumatique de type « coup du lapin » ou analogue. Par ailleurs, hormis le Dr C. \_\_\_\_\_ qui évoque un tel traumatisme pour la première fois le 5 novembre 2014, en réponse à une question expresse du mandataire du recourant, et sans étayer cette affirmation par des éléments médicaux objectifs, aucun médecin ne mentionne cette éventualité. A cela s'ajoute qu'il n'existe pas de déficit organique objectivable du moins en lien avec l'accident : la discopathie cervicale est, selon le Dr F. \_\_\_\_\_, dégénérative, l'IRM cérébral du 15 février 2013 ne fait état d'anomalies qu'au niveau des sinus et de la cloison nasale, et l'examen neurologique du Dr Z. \_\_\_\_\_ est sans particularité. Par ailleurs, le recourant a consulté le Dr C. \_\_\_\_\_ le 3 février 2012, soit au terme du temps de latence maximale, l'accident s'étant produit le 31 janvier 2012, sans que ce médecin ne fasse état de plaintes de son patient caractéristiques du tableau clinique précité, hormis une raideur cervicale et lombaire (cf. rapport du 30 avril 2013) et ce n'est qu'ultérieurement qu'il fait mention de violentes douleurs cervicales lorsqu'il est invité à préciser la relation faite par son patient des conséquences de l'accident sur son état de santé et ses propres observations cliniques (cf. rapport médical du 20 mars 2015). Ce médecin mentionne certes les plaintes caractéristiques du tableau clinique d'un traumatisme de type « coup du lapin », mais en réponse à un courrier du conseil et ceci sans dater l'apparition des plaintes. Au demeurant, les maux de tête n'auront manifestement été évoqués que bien plus tard par le recourant car ce n'est que le 15 février 2013 qu'est pratiqué l'IRM cérébral. c) Quoi qu'il en soit, même dans l'hypothèse où l'avis du Dr C. \_\_\_\_\_ devrait être privilégié à celui des experts, devrait alors être examinée la causalité adéquate entre l'accident d'une part, les troubles neuropsychologiques et douleurs allégués par le recourant d'autre part. Elle le serait sur la base des critères particuliers développés pour les cas de traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, de traumatisme analogue à la colonne cervicale ou de traumatisme crânio-cérébral, sans distinction entre les éléments physiques et psychiques des atteintes, dans la mesure où l'intéressé ne présente pas de comorbidité psychiatrique distincte et indépendante (ATF 134 V 109 consid. 10.3 ; 117 V 359 consid. 6a et 369 consid. 4b). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité, la jurisprudence classe d'abord les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement : les accidents insignifiants ou de peu de gravité (par exemple une chute banale), les accidents de gravité moyenne et les accidents graves. Dans le cas d'un accident insignifiant ou de peu de gravité, l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et les troubles psychiques doit, en règle générale, être d'emblée niée. Dans le cas d'un accident grave, l'existence d'une relation adéquate doit en règle générale être admise. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants, sont les suivants : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions ; - l'administration prolongée d'un traitement médical spécifique et pénible ; - l'intensité des douleurs ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation

notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et les complications importantes ; - l'importance de l'incapacité de travail en dépit des efforts reconnaissables de l'assuré (cf. ATF 134 V 109 consid. 10.2 ; 117 V 359 consid. 6a et 117 V 369 consid. 4b). Tous ces critères ne doivent pas être réunis pour que la causalité adéquate soit admise. Un seul d'entre eux peut être suffisant, notamment si l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves. Inversement, en présence d'un accident se situant à la limite des accidents de peu de gravité, les circonstances à prendre en considération doivent se cumuler ou revêtir une intensité particulière pour que le caractère adéquat du lien de causalité soit admis (ATF 115 V 403 consid. 5c/aa ; 115 V 133 consid. 6c/aa ; TF 8C\_354/2011 du 3 février 2012 consid. 2.3 ; 8C\_788/2008 du 4 mai 2009 consid. 2). Par ailleurs, l'examen de ces critères est effectué sans faire de distinction entre les composantes physiques et psychiques (ATF 117 V 369 consid. 4c ; TFA U 7/2006 du 29 septembre 2006 consid. 5.1 et les références). Il convient dans un premier temps d'analyser la qualification de l'accident sous l'angle de sa gravité. Pour procéder à cette classification, il importe non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. La classification d'un accident se base d'une part sur le déroulement manifeste de l'événement, d'autre part sur les lésions subies (TFA U 214/2004 du 15 mars 2005 consid. 2.2.3). En l'espèce, c'est la description de l'événement telle qu'elle ressort du rapport de gendarmerie qui doit être retenue. Ce document comporte le constat effectué par les gendarmes sur place et les premières déclarations du recourant, lesquelles sont les plus proches de la réalité (cf. jurisprudence supra consid. 5). Il s'agit en l'occurrence d'une banale perte de maîtrise suivie d'une sortie de route, n'impliquant aucun autre véhicule et n'entraînant pas d'autres lésions que des contusions. L'accident du 31 janvier 2012 doit être objectivement considéré comme de gravité moyenne. Reste à examiner en second lieu les critères posés par la jurisprudence. La survenue d'un accident de gravité moyenne présente toujours un certain caractère impressionnant pour la personne qui en est victime, ce qui ne suffit pas en soi à conduire à l'admission de ce critère. En l'espèce, l'accident du 31 janvier 2012 ne revêt pas un caractère particulièrement dramatique ou impressionnant. A titre de comparaison, ce critère a été reconnu en présence d'un accident de la circulation dans un tunnel impliquant un camion et une voiture avec plusieurs collisions contre le mur du tunnel (TF 8C\_257/2008 du 4 septembre 2008 consid. 3.3.3), d'un carambolage de masse sur l'autoroute (TF 8C\_623/2007 du 22 août 2008 consid. 8.1), ou encore dans le cas d'une conductrice dont la voiture s'est encastrée contre un arbre entraînant le décès de la mère de celle-ci, qui occupait le siège passager (TF U 18/07 du 7 février 2008). Des lésions consistant en contusions entraînant des raideurs cervicales et lombaires ne sauraient être qualifiées de graves et encore moins de nature particulière. Le traitement médical a été ambulatoire et a consisté en la simple prescription d'antalgiques et d'anti-inflammatoires. Ce traitement n'a présenté ni pénibilité, ni particularité, ni erreurs. Il n'est survenu aucune difficulté en cours de guérison, ni de complications importantes. Les douleurs somatiques alléguées ne sont pas décrites comme intenses. Enfin, telle qu'attestée médicalement, l'incapacité de travail n'aura duré que du 4 au 14 février 2012, apparemment sans que le recourant ne s'en prévale auprès de son employeur. Au vu de ces éléments, un lien de causalité adéquate ne saurait être retenu. Le dossier est complet, permettant ainsi à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Un complément d'instruction apparaît inutile et la requête d'expertise du recourant doit dès lors être rejetée. Le juge peut en effet mettre fin à l'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de se forger une conviction et

que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, il a la certitude qu'elles ne pourraient pas l'amener à modifier son avis (ATF 134 I 140 consid. 5.3 ; 131 I 153 consid. 3 et 130 II 425 consid. 2 ; TF 9C\_748/2013 du 10 février 2014). 7. Il résulte de ce qui précède que le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. Le présent arrêt est rendu sans frais (cf. art. 61 let. a LPGA ; 45 LPA-VD), ni allocation de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA ; art. 55 LPA-VD). Par ces motifs, la Cour des assurances sociales prononce : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 10 octobre 2014 par X. \_\_\_\_\_ est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : ■ CAP Compagnie d'Assurance de Protection Juridique SA (pour S. \_\_\_\_\_), ■ X. \_\_\_\_\_, - 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.