

VD_GERICHTE ZA10.039019 vom 27. Juni 2011

VD Tribunal cantonal, 2011-06-27, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA10.039019

FR: VD_GERICHTE ZA10.039019 du 27 juin 2011

IT: VD_GERICHTE ZA10.039019 del 27 giugno 2011

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance- accidents (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 auprès du tribunal des assurances compétent (art. 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, formé le 25 novembre 2010 contre la décision sur opposition du 26 octobre 2010, le recours a été interjeté en temps utile. Pour le surplus répondant aux prescriptions de formes prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le présent recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative, RSV 173.36), entrée en vigueur le 1er janvier 2009, 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 donc compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). c) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière — et le recourant présenter ses griefs — que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 125 V 413 c. 2c).

- 11 -

E. 2

Le litige porte sur le point de savoir si la caisse était fondée, par sa décision sur opposition du 26 octobre 2010, à mettre un terme à ses prestations d'assurance au 31 mars 2009 pour ce qui est des suites de l'événement du 28 mars 2008. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la 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. 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 (art. 4 LPGA). L'obligation de l'intimée d'allouer, au-delà du 24 juin 2008, des prestations pour l'événement dont le recourant a été victime suppose l'existence, à ce moment-là, d'un lien de causalité naturelle (ATF 119 V 335 c. 1; 118 V 286 c. 1b et les références) et d'un rapport de causalité adéquate (ATF 123 V 98 c. 3d; 123 V 137 c. 3c; 122 V 416 c. 2a et les références) entre cet événement et l'atteinte à la santé. La causalité est naturelle 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'administration 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. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible,

- 12 - 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 (ATF 129 V 177 c. 3.1 p. 181, 402 c. 4.3.1 ; 119 V 335 c. 1 ; 118 V 286 c. 1b et les références; TF 8C_535/2008 du 2 février 2009 c. 2.2). 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 événement (raisonnement «post hoc ergo propter hoc» ; ATF 119 V 335 c. 2b/bb p. 341 s.; RAMA 1999 n° U 341 p. 407 s., c. 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 (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 c. 2.2). 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 c. 3.2 ; 129 V 402 c. 2.2 ; 125 V 456 c. 5a et les références). b) D'après l'art. 36 LAA, les prestations pour soins, les remboursements pour frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident (al. 1); les rentes d'invalidité, les indemnités pour atteinte à l'intégrité ainsi que les rentes de survivants sont réduites de manière équitable lorsque l'atteinte à la santé ou le décès ne sont que partiellement imputables à l'accident. Toutefois, en réduisant les rentes, on ne tiendra pas compte des états antérieurs qui ne portaient pas atteinte à la capacité de gain (al. 2). La jurisprudence du Tribunal fédéral des assurances a souligné à cet égard que, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait

- 13 - survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A contrario, aussi longtemps que le statu quo sine vel ante n'est rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il a été causé ou aggravé par l'accident (TF U_149/04 du 6 septembre 2004 consid. 2.3, U_99 du 14 mars 2000).

E. 3

Le recourant reproche à la caisse de s'être fondée sur l'avis médical du Dr G._____ du 24 octobre 2008. Il se prévaut de l'affirmation ressortant du rapport de suivi et de déterminations d'objectifs du 9 janvier 2009 du case manager de la caisse selon laquelle le Dr Z._____ aurait déclaré que les troubles le faisant souffrir actuellement étaient encore en relation de causalité avec sa chute du mois de mars 2008, et déplore que la caisse n'ait

pas cherché à obtenir des informations supplémentaires auprès de ce médecin dès lors qu'il ne se prononçait pas sur la causalité dans son rapport du 9 janvier 2009. Il fait valoir en outre que le rapport du 23 juillet 2009 du Dr K._____, plus particulièrement que le diagnostic posé par ce praticien, est très proche de celui mis en évidence le 11 juin 2008 par le Dr Z._____ et que, partant, cela permet de confirmer que les symptômes [de l'événement du 28 mars 2008] ont perduré au-delà du 31 mars 2009. Il se plaint enfin de l'absence de traduction du rapport du Dr R._____ du 5 janvier 2011 et du manque d'objectivité du Dr G._____. Il se fonde enfin sur l'ATF 135 V 465 et requiert la mise en œuvre d'une expertise.

E. 4

a) En l'espèce, dans son rapport d'IRM du genou droit du 20 mai 2008, le Dr X._____ conclut à une possible déchirure partielle de la corne postérieure du ménisque interne, l'IRM étant normale pour le surplus. Le 11 juin 2008, le Dr Z._____ diagnostique notamment une contusion du genou droit et propose un séjour à la CRR. Le 7 juillet 2008, le médecin traitant du recourant diagnostique une entorse de ce genou, diagnostic confirmé par les Drs J._____ et V._____ de la CRR dans leur rapport médical du 19 septembre 2008. Ces derniers notent qu'ils ont tenté de rassurer le recourant quant à l'absence de gravité des troubles présentés au genou droit, relevant qu'une diminution des douleurs peut

- 14 - être attendue parallèlement au renforcement musculaire qu'il doit suivre. Ces praticiens mentionnent en outre des facteurs non médicaux, tels que la focalisation sur la douleur et des autolimitations. Dès le 15 septembre 2008, ils reconnaissent une pleine capacité de travail au recourant dans son activité de nettoyage. En outre, le recourant a encore été examiné le 24 octobre 2008 par le Dr G._____. Ce dernier relève certes que le genou droit est un peu délicat et sensible à la palpation, mais estime que le statu quo sine est certainement atteint à sept mois du traumatisme, le Dr G._____ ayant l'impression que l'accident du 28 mars 2008, une simple contusion, n'a fait que décompenser un état antérieur préexistant. Il n'y a pas de motifs de s'écarter des conclusions du Dr G._____, dont le rapport s'appuie sur une observation clinique attentive de l'intéressé et des éléments d'imagerie médicale. Il décrit en outre les plaintes de l'assuré. Ses conclusions sont claires et motivées et ne sont pas contredites par le rapport médical du Dr Z._____ du 9 janvier 2009 ou celui du Dr K._____ du 23 juillet 2009. Ce dernier affirme du reste qu'il est difficile de se prononcer sur l'origine traumatique ou dégénérative des lésions du recourant, dès lors qu'il n'a pas suivi le patient à l'époque. Quant à la critique du manque d'objectivité du rapport du Dr G._____, médecin d'arrondissement auprès de la caisse, il a été admis que le juge peut accorder une valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins de la caisse aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard d'un assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (voir notamment ATFA U 86/00 du 21 mars 2001 c. 2b). Or en l'occurrence, le recourant ne met en cause l'objectivité du rapport du Dr G._____ que parce que ce dernier est médecin d'arrondissement auprès de la caisse. Ce moyen est donc infondé.

- 15 - b) Cela étant, à l'occasion de son examen du 5 janvier 2009, le Dr Z. _____ n'a pas constaté d'épanchement, relevant des douleurs au genou droit en présence de signes d'arthrose débutante à prédominance fémoro-tibiale interne. Le 23 juillet 2009, le Dr K. _____ observe que l'évolution est plutôt favorable et que le patient n'a plus de douleurs. Il n'est pas relevant que le case manager de la caisse ait noté dans son rapport de suivi et de déterminations d'objectifs du 9 janvier 2009 que le Dr Z. _____ "estimerait que les troubles qui font souffrir L. _____, actuellement, sont encore en relation de causalité avec sa chute du mois de mars 2008". Si cette déclaration ressort du rapport de suivi précité, elle n'est pas corroborée par le Dr Z. _____ dans son rapport médical du 9 janvier 2009, lequel ne mentionne pas que les troubles dont se plaint le recourant au-delà du 31 mars 2009 sont encore en relation de causalité avec l'événement du 28 mars 2008. Il ne peut à cet égard être fait grief à la caisse de ne pas avoir à nouveau interpellé ce médecin sur la question de la causalité à la suite de son rapport médical du 9 janvier 2009. Ce rapport ne comporte en effet pas de contradiction avec celui, clair et bien motivé, du Dr G. _____ du 24 octobre 2008. Il y a encore lieu de constater que les diagnostics posés le 11 juin 2008 par le Dr Z. _____ (contusion du genou droit, gonarthrose débutante varisante, déchirure intra-méniscale de la corne postérieure du ménisque interne du genou droit, status après fracture du poignet droit opéré en 2006 à la Clinique [...] et surcharge pondérale) et le 23 juillet 2009 par le Dr K. _____ (status après entorse du genou droit avec gonarthrose interne varisante débutante à droite, lésion intra-méniscale interne droite et douleurs fémoro-patellaires droites) ne permettent pas de retenir, comme le soutient le recourant, que ses troubles ont perduré au-delà du 31 mars 2009. Au contraire, le Dr K. _____ note une évolution plutôt favorable du genou droit et même une absence de douleurs du patient. Il n'y a par ailleurs plus d'épanchement articulaire, ce que confirmait du reste déjà le Dr Z. _____ dans son rapport médical du 9 janvier 2009, alors que le Dr G. _____ relevait encore une lame

- 16 - d'épanchement à l'occasion de son examen du 24 octobre 2008. A cela s'ajoute que l'assuré lui-même a déclaré le 24 mars 2009 au case manager de la caisse qu'il avait constaté dans les semaines précédentes une sensible amélioration de son genou droit, qui ne présentait plus d'épanchement et le faisait moins souffrir (voir rapport de suivi et de détermination d'objectifs du 24 mars 2009). Enfin, selon le rapport de suivi et détermination d'objectifs du 23 septembre 2009, le recourant n'émet aucune plainte concernant le genou droit et estime la situation satisfaisante. c) Le recourant reproche encore l'absence de traduction en langue française du rapport du Dr. _____ du 5 janvier 2011. Dans la mesure où une telle traduction a été produite par la caisse en cours de procédure, ce grief est sans objet. d) En dernier lieu, le recourant requiert la mise en œuvre d'une expertise, en se fondant sur l'ATF 135 V 465, selon lequel lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes 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 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). In casu, comme on l'a vu, les rapports des Drs Z. _____ et K. _____ ne s'inscrivent pas en contradiction avec l'appréciation du Dr G. _____, les conclusions de ces médecins permettant au contraire de constater l'évolution favorable du genou droit du recourant, laquelle se traduit notamment par une absence de douleurs (voir rapport médical

du 23 juillet 2009 du Dr K. _____ et rapport de suivi et de détermination d'objectifs de la caisse du 24 mars 2009) et d'épanchement (voir rapport médical du 23 juillet 2009 du Dr K. _____ et du 9 janvier 2009 du Dr Z. _____).

- 17 - e) Ainsi, il convient de constater que les pièces du dossier se révèlent suffisantes pour statuer en pleine connaissance de cause, sans que l'administration d'autres preuves ne s'impose (appréciation anticipée des preuves, ATF 131 I 153 consid. 3 p. 157 ; 130 II 425 consid. 2 p. 428 ; voir aussi par ex. arrêts 8C_361/2009 du 3 mars 2010 consid. 3.2 et 8C_15/2009 du 11 janvier 2010 consid. 3.2). Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête du recourant tendant à l'audition des Drs K. _____ et Z. _____, respectivement à la requête d'expertise. f) Vu ce qui précède, la caisse était fondée, par sa décision sur opposition du 26 octobre 2010, à supprimer le droit du recourant aux prestations de l'assurance-accidents à partir du 1er avril 2009 en ce qui concerne l'événement du 28 mars 2008.

E. 5

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).

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