

VD_GERICHTE ZA11.004918 vom 13. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA11.004918

FR: VD_GERICHTE ZA11.004918 du 13 août 2012

IT: VD_GERICHTE ZA11.004918 del 13 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA).

- 11 - En l'espèce, interjeté en temps utile et respectant pour le surplus les exigences de forme prévues par loi (notamment l'art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable. b) La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). La contestation portant sur la prise en charge des soins médicaux dispensés à l'assuré le 2 mars 2010, pour un montant de 245 fr. 65, la valeur litigieuse s'avère par conséquent inférieure à 30'000 fr. Partant, la présente cause relève de la compétence d'un membre de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (cf. ATF 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) En l'occurrence, est litigieux le point de savoir si l'intimée était fondée, par sa décision sur opposition du 13 janvier 2011, à refuser de prendre en charge les soins médicaux dispensés au recourant le 2 mars 2010.

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la présente loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

- 12 - Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas

survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de celle-ci (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; cf. TF 8C_520/2011 du 30 avril 2012 consid. 2.1). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références; cf. TF 8C_511/2010 du 22 mars 2011 consid. 2 et 8C_164/2009 du 18 mars 2010 consid. 4.2). Lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (cf. TF 8C_511/2010 précité loc. cit.). Ainsi, si l'on peut admettre qu'un accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_638/2011 du 23 août 2012 consid. 3 et les références citées); le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de

- 13 - causalité naturelle avec cet accident (raisonnement «post hoc, ergo propter hoc»; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; cf. 8C_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (cf. ATF 125 V 456 consid. 5a avec les références citées et ATF 129 V 177 précité consid. 3.2; cf. TF 8C_522/2011 du 6 juillet 2012 consid. 3). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références citées; cf. également TF 8C_871/2010 du 4 octobre 2011 consid. 3.4.2). b) En cas de rechute ou de séquelle tardive, l'assuré peut à nouveau prétendre à la prise en charge du traitement médical et, en cas d'incapacité de travail, au paiement d'indemnités journalières (art. 11 OLAA [ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents, RS 832.202]; pour les titulaires d'une rente de l'assurance-accidents: art. 21 LAA). On parle de rechute ou de séquelle tardive lorsqu'une atteinte à la santé était guérie en apparence, mais non dans les faits. En cas de rechute, la même affection se manifeste à nouveau. Une séquelle tardive survient, en revanche, lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et les arrêts cités; TF 8C_1023/2008 du 1er décembre 2009 consid. 5.3). c) En matière d'appréciation des preuves, le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul

- 14 - motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante. Le Tribunal fédéral a par ailleurs précisé que lorsque, dans une procédure portant sur l'octroi ou le refus de prestations d'assurances sociales, une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé auquel on peut également attribuer un caractère probant laisse subsister des doutes suffisants quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne peut être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis, mais qu'il y a alors lieu de mettre en œuvre une expertise par un médecin indépendant selon la procédure de l'art. 44 LPGA ou une expertise judiciaire (cf. ATF 135 V 465 consid. 4.6; cf. TF 8C_251/2012 du 27 août 2012 consid. 3.4).

E. 4

En l'espèce, se fondant sur l'appréciation de son médecin-conseil le Dr X. _____, l'intimée considère que les troubles à l'origine de la consultation du 2 mars 2010 ne se trouvent pas en rapport de causalité avec les événements accidentels qu'elle a précédemment pris en charge en 1991, 1996 et 2003. A cet égard, elle estime que le statu quo sine a été atteint au plus tard en 2010 et que les plaintes actuelles de l'assuré découlent d'un état préexistant en lien avec une première distorsion du genou droit remontant à 1983, traitée chirurgicalement à la même époque. Cette appréciation est contestée par le recourant, lequel se prévaut de l'avis de son médecin traitant, le Dr. A. _____. a) Dans son rapport du 21 septembre 2010, le Dr X. _____ résume tout d'abord les antécédents médicaux de l'assuré; à cet égard, il estime notamment que les lésions mentionnées dans le protocole opératoire du Dr J. _____ du 12 juin 1991 sont préexistantes à l'accident du 9 octobre 1990 et probablement dues aux suites de l'accident de 1983 (cf. également les observations complémentaires figurant dans la réponse du 11 mars 2011 [p. 2]), à l'instar de l'intervention du 29 janvier 2003. Dans un second temps, il retient que le recourant présente des lésions principalement cartilagineuses aux trois compartiments du genou droit –

- 15 - surtout externes – et que ces lésions sont connues depuis 1983, date de la première ménisectomie externe, étant précisé que les ménisectomies externes ultérieures (1991 et 1996) n'ont consisté qu'en des résections de lambeaux. Il ajoute que l'évolution s'inscrit dans le cadre d'une chondromalacie remontant à 1983 et «évidemment aggravée par la ménisectomie externe, interne aussi». Il considère qu'après vingt-sept ans d'évolution et compte tenu du fait que le recourant a pratiqué le football sur une longue période, il est normal que son genou droit soit de plus en plus douloureux et présente des épanchements justifiant de nouvelles consultations comme celle de mars 2010, le tout n'ayant cependant aucun lien avec les accidents pris en charge par l'intimée depuis 1991. De son côté, le Dr. A. _____ explique que le recourant l'a consulté le 2 mars 2010 pour des gonalgies à l'effort avec hydrops (cf. rapport du 6 juillet 2010). Il relève que même si l'accident de 1983 a occasionné des troubles probables, les événements survenus en 1990, 1996 et 2003 n'en ont pas moins engendré des lésions récentes; à cet égard, il souligne que le Dr J. _____ a notamment constaté en 1996 des lésions cartilagineuses récentes. Cela étant, le Dr. A. _____ estime qu'il y a lieu de mettre en œuvre une expertise pour déterminer les lésions occasionnées en 1983 et si possible obtenir le protocole opératoire y relatif, et pour évaluer la part respective des différents accidents subis par l'intéressé (cf. écrit du 31 janvier 2011). b) A l'aune de ce qui précède, il appert que les avis médicaux au dossier ne sont pas concordants et laissent subsister des doutes quant à l'état de santé du recourant. S'agissant

du Dr X. _____, il affirme péremptoirement que la consultation du 2 mars 2010 n'est pas due aux événements accidentels précédemment pris en charge par la M. _____ Assurances mais à l'accident de 1983. Toutefois, en l'état du dossier, force est de constater que l'on est insuffisamment renseigné sur cet accident. Ainsi, si le Dr X. _____ se réfère à un rapport de la SUVA du 26 septembre 1983 faisant

- 16 - état d'une distorsion du genou droit en juin 1983 et d'une intervention chirurgicale prévue le 7 août 1983, il apparaît néanmoins que ce compte- rendu ne figure pas au dossier, de sorte qu'il est impossible d'en apprécier la valeur et la portée. Pour le surplus, il est vrai que diverses pièces font – laconiquement – référence à une ancienne biméniscectomie (cf. protocoles opératoires du Dr J. _____ du 12 juin 1991 p. 1 et du 26 mars 1996 p. 1; cf. rapport de l'inspecteur des sinistres de la M. _____ Assurances du 25 juin 1991). Il n'en reste pas moins que les lésions concrètement subies lors de l'accident de juin 1983 ne sont explicitées dans aucun des documents produits par les parties. Demeurent également inconnues les conclusions des médecins ayant procédé à l'intervention chirurgicale vraisemblablement effectuée le 7 août 1983 – le protocole opératoire afférent à cette intervention n'étant, aux dires du Dr X. _____, «pas à disposition» (cf. rapport du 21 septembre 2010 p. 1). En définitive, on ne dispose d'aucune information sérieuse et objective sur l'événement de 1983. Cela étant, on peine à comprendre comment le médecin-conseil de l'intimée a pu exclure tout lien entre la consultation du 2 mars 2010 et les incidents de 1990, 1996 et 2003 pour exclusivement rattacher les troubles litigieux aux suites de l'accident de juin 1983, dont on ne sait en définitive rien de concret. A noter que, pour les mêmes motifs, on peut également douter des observations du Dr X. _____ selon lesquelles tant les lésions constatées en 1991 que l'opération réalisée en 2003 seraient liées aux troubles du genou droit occasionnés par l'événement de 1983. Quant au Dr. A. _____, il ne se prononce pas clairement sur l'existence d'un lien de causalité entre les plaintes émises en 2010 par le recourant et les différents accidents subis par ce dernier, mais préconise la mise en œuvre d'une expertise médicale. En résumé, il n'est donc pas possible de déterminer si la consultation du 2 mars 2010 est ou non liée à l'accident de 1983, ou s'il existe au contraire un lien de causalité entre cette consultation et les événements de 1990, 1996 et 2003. Aussi y a-t-il lieu de retenir, avec le Dr. A. _____, que l'instruction de l'affaire doit être complétée, la Cour de

- 17 - céans n'étant, en l'état, pas en mesure de trancher la question qui lui est soumise. c) Le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'assureur pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'assureur, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni le principe inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (cf. TF 9C_162/2007 du 3 avril 2008, consid. 2.3). A l'inverse, le renvoi à l'assureur apparaît en général justifié si celui-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (cf. DTA 2001 n° 22 p. 170, consid. 2). Le Tribunal fédéral a précisé cette jurisprudence, en indiquant qu'un renvoi à l'administration est en principe possible lorsqu'il s'agit de trancher une question qui n'a jusqu'alors fait l'objet d'aucun éclaircissement, ou lorsqu'il s'agit d'obtenir une clarification,

une précision ou un complément quant à l'avis des experts interpellés par l'autorité administrative; a contrario, une expertise judiciaire s'impose lorsque les données recueillies par l'administration en cours d'instruction ne revêtent pas une valeur probante suffisante sur des points décisifs (ATF 137 V 210, consid. 4.4.1.4 et 4.4.1.5). En l'occurrence, sans préjuger de la valeur probante des avis médicaux sollicités en cours d'instruction, il demeure que les lacunes dont souffre le dossier de la cause n'ont fait l'objet d'aucun éclaircissement de la part de l'intimée. Il se justifie donc de lui renvoyer la cause afin qu'elle procède aux démarches utiles afin d'obtenir des renseignements concrets sur l'accident de juin 1983 et l'opération d'août 1983, puis mette en œuvre une expertise au sens de l'art. 44 LPGA afin de déterminer si et dans quelle mesure les troubles à l'origine de la consultation du 2 mars 2010 - 18 - doivent être mis en relation avec les différents accidents successivement subis par le recourant.

E. 5

a) En définitive, le recours doit être admis, la décision attaquée annulée et la cause renvoyée à la M. _____ Assurances pour instruction complémentaire au sens des considérants puis nouvelle décision. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. Le recourant, qui obtient gain de cause sans l'assistance d'un mandataire professionnel, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours déposé le 5 février 2011 par K. _____ est admis. II. La décision sur opposition rendue le 13 janvier 2011 par la M. _____ Assurances est annulée, la cause lui étant renvoyée pour instruction complémentaire et nouvelle décision au sens des considérants. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière : Du

- 19 - L'arrêt qui précède est notifié à : - K. _____, - M. _____ Assurances, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). La greffière :

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