

VD_GERICHTE ZA13.036431 vom 29. Juni 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA13.036431

FR: VD_GERICHTE ZA13.036431 du 29 juin 2015

IT: VD_GERICHTE ZA13.036431 del 29 giugno 2015

Erwägungen

E. 7

mars 2013 indique comme diagnostic une fracture de tassement condyle fémoral externe avec arthrose consécutive au genou droit. Quant à son évolution, il est mentionné comme pronostic "PUC (réd. : prothèse unicompartimentale) genou D (réd. : droit)" et le Dr P. _____ a répondu par la négative à la question de savoir s'il existait des circonstances particulières pouvant influencer de manière défavorable le processus de guérison (maladies antérieures, accidents, circonstances sociales, etc.). Il a alors demandé à la SUVA de donner suite à sa lettre du 8 février 2013. p) Par décision du 8 mars 2013, la SUVA a mis fin, avec effet au

E. 12

novembre 2012, ainsi que les premières découvertes après l'accident, qu'il résume comme suit :

- 12 - "(...) Pour résumer, on peut ainsi dire que l'événement du 12.11.2012 a entraîné une élongation des ligaments capsulaires de l'articulation du genou droit mais pas de lésion de la structure des parties molles ou des os. De telles élongations guérissent d'après l'expérience générale en 4 à 6 semaines". Le Dr L. _____ a en outre exposé comme état préliminaire ce qui suit : "La gonarthrose médiale déjà visible sur la radio du jour de l'accident a été confirmée par l'IRM du 30.11.2012. Les découvertes cliniques telles que décrites par le Dr P. _____ le 10.01.2013 correspondent également (...). Comme le Dr P. _____ le mentionne dans son rapport du 10.01.2013 et comme l'assuré le confirme dans le sondage du 26.02.2013, il s'agit d'une arthrose suite à une opération du ménisque médial en 2006 au Portugal (...)". Ce spécialiste a encore présenté l'aggravation provisoire de l'état préliminaire comme suit : "Lors de l'élongation de l'articulation de genou telle que subie par l'assuré le 12.11.2012, il y a eu ce qu'on appelle une traumatisation de l'arthrose préexistante. Selon le rapport du Dr P. _____ en date du 10.01.2013, les douleurs se sont apaisées si bien que l'assuré n'avait plus besoin de médicaments depuis cinq jours. L'articulation du genou est calme et sans épanchement. L'aggravation par l'événement avait ainsi disparu mi-janvier, soit 2 mois après l'élongation des parties molles, le status quo ante était atteint à ce moment-là". Le Dr L. _____ a ensuite examiné les autres rapports de spécialistes pour le diagnostic et le traitement planifié; il a notamment relevé ce qui suit : "Dans le rapport précité du 10.01.2013, le Dr P. _____ fait des propositions pour le traitement de la gonarthrose, autrement (réd. : dit) de l'état préliminaire clairement identifié. Pour une meilleure précision, un orthoradiogramme est réalisé. Ainsi, on devrait prévoir eu égard à l'âge et au métier plutôt une ostéotomie par valgisation et non pas une prothèse unicondyalaire. Selon le rapport [...] du Dr P. _____ en date du 17.01.2013, l'orthoradiogramme présente une gonarthrose médiale. Eu égard à l'âge de l'assuré, il propose plutôt une ostéotomie par valgisation et non pas une prothèse unicompartimentale.

Cette proposition de traitement est compréhensible car l'orthoradiogramme confirme le diagnostic d'une gonarthrose médiale à droite avec mauvaise position du varus. Notamment, chez un ouvrier de chantier de 47 ans, une procédure de conservation de l'articulation avec l'ostéotomie par valgisation est certainement le bon traitement.

- 13 - Le 08.02.2013, le Dr P. _____ a rapporté que les douleurs étaient maintenant du côté extérieur de l'articulation du genou. C'est très possible car les douleurs arthritiques peuvent survenir une fois de manière médiale, une fois de manière latérale, dorsale et ventrale. Cela n'explique pas le gonflement de la capsule suite à la formation d'un épanchement. La déclaration qu'il existe le soupçon d'une fracture dans le condyle fémoral latéral avec l'arthrose consécutif de l'articulation droite du genou n'est cependant pas correcte à différents égards. A ce moment, le 08.02.2013, une fracture dans toute l'articulation droite du genou était exclue aussi bien dans la radio du 12.11.2012, que dans l'IRM du 30.11.2012 et dans l'orthoradiogramme du 20.12.2012 — aussi bien médiale que latérale — avec certitude. Contrairement aux rapports précédents, le Dr P. _____ décrit maintenant également (rééd. : des) découvertes cliniques du côté extérieur de l'articulation du genou (rétrécissement de la fente cartilagineuse et ostéophytes,). Certes, il est compréhensible et pardonnable que dans la correspondance médicale quotidienne, de telles confusions de la mention "médiale-latérale", en français "externe-interne", puissent se produire. Cependant, étant donné que l'on parle d'une divergence du valgus et non du varus et que l'implantation d'une prothèse unicompartimentale au niveau latéral est recommandée, on peut douter de la fiabilité des informations du rapport du 08.02.2013. Malheureusement, cette description se répète dans le rapport du 07.03.2013. (...). Chaque chirurgien orthopédique sait que dans la courte période entre l'accident du 12.11.2012 et le printemps 2013, une telle arthrose ne peut pas se former. Quant à la procédure opératoire, il y avait également des inclartés (sic) dans le rapport ce qui a incité le médecin d'arrondissement le 02.05.2013 à demander au Dr P. _____ des informations sur la procédure planifiée. Ce à quoi le Dr P. _____ a répondu le 17.05.2013 que le bord ostéophyte est sur le bord intérieur et que l'implantation d'une prothèse unicondylaire est prévue. Contrairement à la motivation dans le rapport du 10.01.2013, selon laquelle on doit, eu égard à l'âge et au métier, réaliser plutôt une ostéotomie par valgisation qu'une prothèse unicondylaire, le Dr P. _____ a changé d'avis (...). En particulier, le Dr L. _____ s'est déterminé en détail au sujet de la lettre du 13 août 2013 du Dr P. _____, en rejetant les arguments de ce dernier selon lesquels les douleurs et l'opération seraient au moins en partie la conséquence de l'accident du 12 novembre 2012, une forte traction et non pas une pression aurait été exercée sur le genou, les blessures de ligament et de ménisques ne seraient souvent pas visibles dans les IRM et la survenance de douleurs après l'accident n'excluraient pas une blessure de l'articulation due à l'accident.

- 14 - S'agissant de l'évolution des douleurs telles que documentées dans le dossier de l'assuré, le Dr L. _____ a notamment relevé ce qui suit : "Ainsi, un déroulement typique d'une distorsion du genou est documentée. Initialement, les douleurs augmentent rapidement. Ensuite, les douleurs se sont réduites, l'articulation du genou est calme et sans épanchement, les médicaments peuvent être arrêtés. Seulement deux mois après la distorsion, de nouvelles douleurs sont survenues dans le cas concret, cependant plus sur la partie extérieure et la nuit, l'articulation présentait un épanchement Ce sont des douleurs typiques de l'arthrose". Le Dr L. _____ est arrivé à la conclusion suivante : "L'accident du 12.11.2012 a conduit à une élévation des parties molles de l'articulation droite du

genou mais à aucun dommage structurel. L'événement a conduit à une aggravation provisoire de l'état préliminaire, à savoir de la gonarthrose médiale. Le status quo sine vel ante était atteint - conformément à l'évaluation du médecin d'arrondissement du 31.05.2013 - au plus tard à la mi-janvier 2013. Les arguments dans le courrier du Dr P. _____ en date du 13.08.2013 ne sont pas compréhensibles ce qui a été expliqué et motivé en détails dans l'évaluation ci-dessus". En dernier lieu, il a apporté les précisions suivantes : "L'avis du médecin d'arrondissement que le statut quo sine est atteint après la physiothérapie peut être confirmé. En se fondant sur le rapport du Dr P. _____ en date du 08.02.2013, le status quo sine vel ante était atteint au plus tard à la mi-janvier 2013. L'évaluation du Dr P. _____ en date du 13.08.2013 n'est pas compréhensible et ne justifie pas le rapport affirmé entre l'accident du 12.11.2012 et le traitement de l'état préliminaire arthritique à partir de la mi-janvier 2013. L'opération du 25.06.2013 a été réalisée pour éliminer les douleurs de l'arthrose et non pas pour traiter les conséquences de la distorsion". B. a) Par acte daté du 13 août 2013 adressé à la SUVA, F. _____ a recouru contre la décision sur opposition rendue par la SUVA le 26 juillet 2013. Par acte complémentaire daté du 6 septembre 2013, il a motivé son recours, en alléguant qu'il avait eu un accident au travail le 12 novembre 2012 et qu'il avait été traité d'abord aux urgences de l'Hôpital de M. _____, puis par le Dr P. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique à D. _____. Il a expliqué qu'une prothèse avait été mise en place le 24

- 15 - juin 2013 sur le genou blessé suite à l'accident et demandait que la SUVA continue à lui verser ses prestations au-delà du 12 février 2013, soit jusqu'à ce qu'il retrouve sa pleine capacité de travail (mais au maximum 720 jours d'indemnités). Subsidiairement, il a requis qu'une expertise médicale neutre soit ordonnée et que tous les frais, y compris ceux liés à l'expertise, et les dépens soient pris en charge par l'assureur. b) Le 16 décembre 2013, la SUVA a répondu que l'avis du Dr P. _____ du 13 août 2013 ne permettait pas d'établir un lien de causalité naturelle entre l'événement du 12 novembre 2012 et le traitement, dès janvier 2013, de l'arthrose préexistante, y compris l'opération du 25 juin 2013. Se fondant sur l'appréciation du Dr L. _____, la SUVA considérait qu'aucune lésion structurelle ne découlait de l'événement du 12 novembre 2012 et que les éventuelles séquelles de cet accident devaient avoir disparu dans les quatre à six semaines suivant sa survenance, soit au plus tard à la mi-janvier 2013, et qu'elle avait dès lors mis fin, à juste titre, aux prestations d'assurance à compter du 12 février 2013. Elle a conclu au rejet du recours. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981]; 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 LPGA). La compétence pour en connaître échoit à une instance cantonale unique (art. 57 LPGA), le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours étant compétent (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour

- 16 - des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative]; RSV 173.36). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA) et contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA). b) En l'espèce, l'acte de recours, daté du 13 août 2013, a été adressé à la SUVA à la suite de la notification de la décision sur opposition du 26 juillet

2013. Cet acte a été transmis le 26 août 2013 par la SUVA au Tribunal cantonal. Un délai de 10 jours a été accordé à F. _____ pour compléter son recours, en indiquant ses moyens et ses conclusions. Le nouvel acte de recours, dûment complété, a été déposé dans le délai imparti (le 9 septembre 2013). Il répond aux prescriptions légales de forme et est ainsi recevable. 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 (ATF 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur le droit éventuel du recourant aux prestations de l'assurance-accidents au-delà du 12 février 2013 pour les suites de l'événement du 12 novembre 2012. 3. a) En vertu de l'art. 4 LPGA, est réputé accident toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire, qui compromet la santé physique,

- 17 - mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. Selon l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en particulier, 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'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'exigence 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 (TF U 74/07 du 10 janvier 2008; ATF 129 V 181 consid. 3.1, 129 V 406 consid. 4.3.1, 119 V 337 consid. 1, 118 V 286 consid. 1b et réf cit.). 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; TF U 74/07 du 10 janvier

- 18 - 2008 consid. 3) ou s'il est parvenu au stade de l'évolution qu'il aurait atteint sans la survenance de l'accident (statu quo sine; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.3). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement post hoc ergo propter hoc; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb; TF U 74/07 du 10

janvier 2008 consid. 4.3; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 consid. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009 consid. 2.2). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (TF U 307/05 du 8 janvier 2007 consid. 4, U 48/07 du 6 novembre 2007 consid. 3; TFA U_222/04 du 30 novembre 2004 consid. 1.3). c) 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, 129 V 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et réf. cit; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). L'examen du rapport de causalité adéquate est superflu lorsque, sur la base de l'appréciation médicale, le lien de causalité naturelle entre l'événement assuré et les troubles signalés n'a pas été prouvé, à tout le moins selon le critère de la vraisemblance prépondérante (ATF 119 V 335, cons. 4c).

- 19 - 4. a) Selon l'art. 43 LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. Les renseignements donnés oralement doivent être consignés par écrit (al. 1). L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (al. 2). Conformément au principe inquisitoire régissant la procédure dans le domaine des assurances sociales, il appartient en premier chef à l'administration de déterminer, en fonction de l'état de fait à élucider, quelles sont les mesures d'instruction qu'il convient de mettre en oeuvre dans un cas d'espèce donné. Elle dispose à cet égard d'une grande liberté d'appréciation. Si elle estime que l'état de fait déterminant n'est pas suffisamment établi, ou s'il existe des doutes sérieux quant à la valeur probante des éléments recueillis, l'administration doit mettre en oeuvre les mesures nécessaires au complément de l'instruction (TF U 316/06 du 6 juillet 2007 consid. 3.1.1). Le devoir d'instruction s'étend jusqu'à ce que les faits nécessaires à l'examen des prétentions en cause soient suffisamment élucidés (TF 8C_364/2007 du 19 novembre 2007 consid. 3.2). b) En cas de recours, le tribunal se base sur des documents médicaux, le cas échéant, des documents émanant d'autres spécialistes afin de prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et réf. cit.). Le juge des assurances sociales doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Il ne peut écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (TF 8C_255/2012). Si les rapports

- 20 - médicaux sont contradictoires, il ne peut liquider l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_418/2007 du 8 avril 2008 consid. 2.1). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 125 V 351 consid. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à celui-ci (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc). c) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; ATF 131 I 153 consid. 3, 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. ([Constitution fédérale de la Confédération suisse du

- 21 - 18 avril 1999; RS 101] ;SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b; ATF 124 V 90 consid. 4b; 122 V 157 consid. 1d et la référence citée). 5. a) En l'espèce, le caractère accidentel de l'événement du 12 novembre 2012 n'est pas contesté, l'intimée ayant pris en charge les suites de celui-ci jusqu'au 12 février 2013. Seul reste à déterminer si les atteintes à la santé du recourant postérieures à cette date se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'accident du 12 novembre 2012. b) L'intimée a supprimé le droit du recourant aux prestations d'assurance à partir du 12 février 2013, motif pris qu'il existait un état pathologique antérieur à l'accident et qu'à cette date, ce dernier ne jouait plus de rôle dans la persistance des troubles à la santé. En particulier, l'intimée s'est écartée de l'avis médical soutenu, dans une nouvelle version, par le Dr P. _____, à partir du 8 février 2013, en se basant sur les évaluations médicales des Drs W. _____ et L. _____. En effet, selon l'avis du Dr P. _____ exprimé jusqu'au mois de janvier 2013, le recourant présentait une gonarthrose médiale, après une ménissectomie par arthroscopie effectuée en 2006 au Portugal (rapport du 10 janvier 2013 et note du 17 janvier 2013). Toutefois, dans son rapport du 8 février 2013 à l'attention de la SUVA, le Dr P. _____ a changé son diagnostic et a invoqué depuis lors une "fracture de tassement condyle fémoral externe avec arthrose consécutive du genou droit". Le traitement proposé ne consistait plus en une ostéotomie de valgisation, mais dans l'implantation d'une prothèse unicompartimentale externe. Ses rapports médicaux, au demeurant succincts, sont ainsi contradictoires et se basent sur un état de fait différent que celui qui avait été décrit par l'assuré lui-même le 26 février 2013, lequel correspond par ailleurs à la description figurant dans la déclaration de sinistre adressée le 16 novembre 2012 par l'employeur du recourant à la SUVA. Au surplus, les conclusions du Dr P. _____ reposent notamment sur l'adage post hoc, ergo propter

hoc,

- 22 - raisonnement qui n'est pas admissible selon la jurisprudence (cf supra consid. 3b). c) Sur le plan médical, des examens ont été effectués et ont fait l'objet de rapports documentés. C'est ainsi que le Dr G. _____ a indiqué, dans son rapport du 6 décembre 2012, qu'il n'avait pas constaté, lors de la consultation en urgence du 12 novembre 2012, ni de tuméfaction, ni d'hématome, et que la radiographie n'avait pas révélé d'arrachement, ni de fracture. Sur la base de l'IRM effectuée le 30 novembre 2012, le Dr U. _____ a conclu à une gonarthrose destructrice du compartiment interne et à de très importants troubles dégénératifs du ménisque externe avec déchirure de sa partie intermédiaire. Selon l'avis du Dr B. _____ du 20 décembre 2012, le recourant présentait une gonarthrose fémoro-tibiale interne droite et une discrète bascule du bassin en défaveur de la droite. Dans le cadre de ses différentes appréciations médicales, le Dr W. _____ a mis en évidence le fait que les examens effectués après l'accident du 12 novembre 2012 n'avaient montré ni fracture, ni lésion ligamentaire, ni contusion osseuse, mais uniquement des lésions dégénératives manifestement anciennes. Cet accident avait donc entraîné selon lui une simple contusion pour laquelle la prise en charge par l'intimée aurait dû en principe se limiter à six semaines. L'intervention envisagée, à savoir finalement une PUC interne, s'adressait à un état de fait antérieur. Ces divers avis médicaux ont fait l'objet d'une évaluation orthopédique- chirurgicale et traumatologique circonstanciée de la part du Dr L. _____ le 12 décembre 2013. Ce spécialiste a exclu la probabilité d'un lien de causalité entre l'accident et les troubles dont l'assuré a fait état après le 12 février 2013. C'est le lieu de rappeler que la valeur probante d'un rapport médical découle de son contenu (cf. supra consid. 4b). L'évaluation médicale à laquelle a procédé le Dr L. _____ est complète et documentée. Sur la base d'observations approfondies et d'investigations exhaustives, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, ce spécialiste a abouti à des résultats convaincants et son rapport satisfait

- 23 - aux exigences posées par la jurisprudence pour que lui soit reconnue une pleine valeur probante (cf supra consid. 4b). La lettre du Dr P. _____ du 13 août 2013 ne permet pas non plus de remettre en doute les conclusions du Dr L. _____, dès lors que le Dr P. _____ avance diverses considérations, qui s'écartent des constatations objectives faites sur la base des examens effectués, pour conclure que la SUVA devrait prendre en charge partiellement les frais et indemnités journalières au-delà du 12 février 2013. Par ailleurs, le recourant ne conteste pas la nature des constatations faites par le Dr L. _____, qui vont dans la ligne des constatations des autres praticiens consultés. L'appréciation du Dr P. _____ repose sur l'opinion, qu'il a exprimée seulement à partir de son rapport du 8 février 2013 à l'attention de la SUVA, selon laquelle l'assuré a été victime le 12 novembre 2012 d'une fracture du tassement condyle fémoral externe due à une chute d'une hauteur de 2,5 mètres sur un chantier. Or, une telle description de l'événement en question ne correspond pas aux examens médicaux effectués ni aux rapports y relatifs, ni enfin aux propres déclarations de l'assuré. Au vu de ce qui précède, il apparaît bien plus vraisemblable que l'événement s'est en réalité déroulé comme l'a décrit l'assuré le 26 février 2013 à la SUVA et ainsi que cela ressort de la déclaration d'accident à la SUVA. Etant donné les conclusions du Dr L. _____, il apparaît que le traumatisme subi consiste en une simple distorsion du genou, sans lésion structurelle, et que le statu quo sine vel ante était atteint au plus tard à l'expiration d'une période de deux mois après l'accident, soit mi-janvier 2013 au plus tard. Il découle de ce qui précède que c'est sur la base d'un dossier

médical complet ayant fait l'objet d'examens approfondis que l'intimée a

- 24 - fondé sa décision. Certes, une partie a en principe le droit de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à celles-ci, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (TF 8C_103/2009 du 29 octobre 2009 consid. 3.2 et réf cit.; TFA U 185/02 du 22 avril 2003 consid. 4.2). En l'occurrence et au vu de ce qui précède, il n'y a pas lieu de donner suite à la conclusion subsidiaire du recourant tendant à ce qu'une nouvelle expertise médicale soit ordonnée (cf. consid. 4c supra). On relèvera à cet égard que celui-ci n'a pas contesté les résultats des examens effectués. Les conclusions du Dr L. _____ sont complètes et convaincantes et il ne se justifie pas de s'en écarter ou d'ordonner une nouvelle expertise, nonobstant l'avis partiellement divergent du médecin traitant de l'assuré. Dans ces conditions, il faut retenir que le recourant ne présentait plus, à la date du 12 février 2013, d'atteinte à la santé qui soit imputable à l'accident du 12 novembre 2012. L'intimée était donc fondée à supprimer, à partir du 12 février 2013, les prestations versées au recourant à la suite de l'accident du 12 novembre précédent. 6. a) En définitive, le recours doit être rejeté et la décision sur opposition du 26 juillet 2013 confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA; art. 45 LPA-VD). Le recourant, qui succombe, ne peut en outre pas prétendre à l'octroi de dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 55 al. 1 LPA-VD).

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