

## **VD\_GERICHTE ZA14.046752 vom 22. Mai 2017**

VD Tribunal cantonal, 2017-05-22, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA14.046752](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.046752)

FR: VD\_GERICHTE ZA14.046752 du 22 mai 2017

IT: VD\_GERICHTE ZA14.046752 del 22 maggio 2017

### **Erwägungen**

#### **E. 3**

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. a) 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références). Pour

- 24 - admettre l'existence d'un lien de causalité naturelle, il n'est pas nécessaire 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, 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 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références; TF [Tribunal fédéral] 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1). 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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408 sv. consid. 3b). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C\_919/2010 du 3 novembre 2011 consid. 5). 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 en question (statu quo sine) (TF 8C\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.2 et la référence).

- 25 - b) 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\_890/2012 du 15 novembre 2013 consid. 3.4).

#### **E. 4**

a) 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 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a ; TF 8C\_922/2011 du 19 juin 2012 consid. 5). Si le principe inquisitoire (art. 43 et 61 let. c LPGa) dispense les parties de l'obligation de prouver, il ne les libère pas du fardeau de la preuve : en cas d'absence de preuve, c'est à la partie qui voulait en déduire un droit d'en supporter les conséquences, sauf si l'impossibilité de prouver un fait peut être imputée à la partie adverse (ATF 124 V 372 consid. 3 in fine ; TF 9C\_400/2012 du 4 avril 2013 consid. 5.2 ; TFA [Tribunal fédéral des assurances] U 316/00 du 22 mars 2001 consid. 1b). Cette règle du fardeau de la preuve entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui, au degré de vraisemblance prépondérante, corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b in fine ; TF 9C\_468/2011 du 12 décembre 2011 consid. 4.3 ;

- 26 - 8C\_86/2009 du 17 juin 2009 consid. 4 ; U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34). Dans cette mesure, le fardeau de la preuve revient en principe à l'assuré en ce qui concerne la question de savoir si les conditions qui confèrent un droit aux prestations sont remplies (all. : « anspruchsbegründende Tatfrage »). Par contre, dans le contexte de la suppression du droit aux prestations qui, dans un premier temps, avait été établie, le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, donc à l'assureur et non pas à l'assuré (all. : « anspruchsaufhebende Tatfrage » ; TF U 290/06 du 11 juin 2007 consid. 3.3, in : SVR 2008 UV n° 11 p. 34 ; U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 239/05 du 31 mai 2006 consid. 2.2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; RAMA 1994 n° U 206 p. 326 ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75). b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse 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. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est 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 exprimées par 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 et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment 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 125 V 351 consid. 3a; 122 V 157 consid. 1c et les références; TF 8C\_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 5.2.1).

- 27 - D'après une jurisprudence constante, l'assureur-accidents est tenu, au stade de la procédure administrative, de confier une expertise à un médecin indépendant, si une telle mesure se révèle nécessaire. Lorsque de telles expertises sont établies par des spécialistes reconnus, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que les experts aboutissent à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 8C\_330/2012 du 19 avril 2013 consid. 6.1). A cet égard, on rappellera qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; TF 9C\_823/2012 du 18 mars 2013 consid. 4.3).

## **E. 5**

a) Dans la décision dont est recours, l'intimée a supprimé le droit aux prestations d'assurance au 31 décembre 2013, au motif qu'il existait un état pathologique antérieur et que l'accident du 19 avril 2011 ne jouait à cette date plus de rôle dans la persistance des troubles présentés par le recourant à son genou gauche. Elle a fondé son appréciation sur l'expertise du Dr M. \_\_\_\_\_, lequel estimait que le statu quo sine avait été atteint au 31 décembre 2013. En d'autres termes, l'état de santé du recourant était à cette date similaire à celui qui serait survenu tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire. b) Des pièces au dossier, il ressort que les problèmes de l'assuré au genou gauche ont débuté à la suite d'un accident survenu le 4 juin 2002. Lors d'un exercice de démonstration de saut en hauteur, il s'était tapé le genou gauche contre le rebord d'un matelas de gymnastique. Dans un premier temps, le recourant a subi une arthroscopie le 16 août 2002, puis une mosaïcoplastie le 2 septembre de la même année, dont l'évolution défavorable a nécessité une ostéotomie

- 28 - tibiale de valgisation le 25 avril 2003. En raison d'une recrudescence des douleurs, le recourant a bénéficié d'une arthroplastie totale du genou gauche au mois de mai 2009. Des sensations d'instabilité au genou gauche ont conduit à une révision de la prothèse avec la mise en place le 22 février 2011 d'un polyéthylène d'épaisseur supérieure. Le 19 avril 2011, le recourant a été victime d'une chute dans son jardin avec une hyperflexion au niveau de son genou gauche et a subi une rupture musculaire partielle du vaste médial et du tendon quadricipital. L'évolution ayant été défavorable, le Prof. W. \_\_\_\_\_ a procédé le 21 février 2012 à une reconstruction de l'appareil extenseur supra-patellaire. A la suite de cette intervention, le genou du recourant est resté globalement douloureux dans la région interne du vaste médial et a présenté une instabilité musculaire permanente. La reprise de son activité de maître d'éducation physique s'est avérée impossible et aucune amélioration n'a été constatée au cours de l'année 2013, contrairement à ce que le Dr J. \_\_\_\_\_, médecin-conseil de l'intimée, escomptait dans son rapport du 13 décembre 2012, complété le 2 juillet 2013. Dans ce contexte difficile, le Prof. W. \_\_\_\_\_ a proposé une reprise

chirurgicale de l'appareil extenseur, tout en évoquant d'éventuels problèmes de vascularisation eu égard au nombre d'abord chirurgicaux effectués dans la région. c) Dans son rapport du 27 décembre 2013, complété le 30 juin 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ a posé les diagnostics de rupture précoce à six semaines d'une suture d'une arthrotomie interne du tendon quadricipital, pour changement de polyéthylène d'une prothèse totale du genou gauche pour instabilité, de prothèse totale du genou gauche pour gonarthrose après ostéotomie tibiale de valgisation ainsi que de chirurgie itérative du genou gauche avec en particulier dévascularisation du tendon quadricipital par arthrotomie itérative interne et ancienne section de l'aileron externe. Il a insisté sur le fait qu'il ne s'agissait pas d'un tendon normal, mais d'un tendon multi-opéré, fibrosé et dévascularisé. Dans ce contexte, il a constaté que le lâchage de la suture avait cicatrisé, qu'il n'existait pas d'instabilité rotulienne et que le tendon était continu. Pour ces motifs, il a considéré que le statu quo sine à l'égard de l'accident du 19 avril 2011 pouvait être considéré comme atteint au jour de l'expertise.

- 29 - Même si l'assuré n'était pas satisfait du résultat final, il était globalement bon pour une prothèse du genou. d) En l'occurrence, les conclusions du Dr M. \_\_\_\_\_ n'emportent pas la conviction. En premier lieu, il convient de constater que les explications fournies par ce médecin sont particulièrement ténues et péremptoires et ne contiennent aucune analyse des limitations fonctionnelles décrites par le recourant. Le seul élément objectif sur lequel repose l'avis de ce médecin est le constat anatomique de la cicatrisation du tendon quadricipital. A ce sujet, l'IRM effectuée le 27 novembre 2013 à la demande du Prof. W. \_\_\_\_\_ a mis en évidence qu'il n'y avait pas d'anomalie de la jonction myo-tendineuse distale du quadriceps. Au regard de ce constat radiographique somme toute rassurant, on peine à comprendre l'affirmation de l'expert selon laquelle il existait un « état antérieur majeur, qui a compromis de façon certaine la vascularisation du tendon quadricipital » ; l'allégation selon laquelle le tendon quadricipital du recourant était fibrosé et dévascularisé ne reposait à tout le moins sur aucun indice objectif. Et quand bien même le tendon quadricipital était dévascularisé, l'expert n'a fourni aucune explication permettant de comprendre pourquoi cette problématique était désormais la cause des plaintes rapportées par le recourant. Comme l'a relevé le Prof. W. \_\_\_\_\_ dans sa prise de position du 28 avril 2014, le Dr M. \_\_\_\_\_ n'a par ailleurs prêté aucune attention aux plaintes rapportées par le recourant concernant des douleurs dans la région interne du vaste médial et une instabilité musculaire permanente. Or l'IRM effectuée le 27 novembre 2013 avait mis en évidence un œdème non spécifique [mal délimité] autour des fibres du vaste médial. Dans la mesure où le recourant avait également subi au cours de l'accident du 19 avril 2011 une rupture musculaire partielle du vaste médial (cf. protocole opératoire du 20 mars 2012), il appartenait à l'expert d'expliquer en quoi

- 30 - les constats radiographiques et les plaintes du recourant ne présentaient plus de lien de causalité avec l'accident. e) Il n'est pas contestable que le genou gauche du recourant a fait l'objet de multiples interventions chirurgicales qui ont vraisemblablement affaibli la structure musculo-tendineuse du genou gauche. Ce seul fait ne saurait toutefois suffire à justifier l'absence de tout lien de causalité entre les plaintes du recourant au jour de la suppression du droit aux prestations et l'accident du 19 avril 2011. S'il convient d'admettre que la survenance de l'accident huit semaines après une précédente intervention chirurgicale rende ardue l'analyse de la problématique de la causalité naturelle, les explications données par le Dr M. \_\_\_\_\_ sont loin d'être exhaustives et ne permettent à

tout le moins pas d'expliquer et de comprendre la cause des plaintes décrites par le recourant. A la lecture des pièces médicales versées au dossier (cf. notamment le rapport du Prof. W. \_\_\_\_\_ du 28 avril 2014), il subsistait au moment de l'expertise une problématique liée au vaste médial que l'on peut rattacher, au degré de la vraisemblance prépondérante, à l'accident du 19 avril 2011. Force est par conséquent d'admettre que l'intimée n'est pas parvenue à établir qu'il n'existait plus de lien de cause à effet entre l'accident du 19 avril 2011 et les séquelles du genou gauche existantes en date du 31 décembre 2013.

#### **E. 6**

Sur le vu de ce qui précède, le statu quo sine n'était pas atteint au moment où l'intimée a décidé de mettre un terme au versement de ses prestations (soins médicaux et indemnités journalières). Aussi convient-il d'admettre le recours, d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimée. A cet égard, il lui appartiendra d'examiner dans quelle mesure elle doit prendre en charge les frais intervenus depuis le 31 décembre 2013, étant précisé que, selon les explications fournies par le recourant au cours de l'audience d'instruction du 3 février 2017, les problèmes de genou du recourant ont trouvé leur épilogue à la suite d'une intervention chirurgicale qui s'est déroulée au mois de janvier 2016.

- 31 -

#### **E. 7**

a) La procédure étant gratuite, il ne sera pas perçu d'émolument judiciaire (art. 61 let. a LPGA). b) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire, a droit à une indemnité de dépens, dont le montant doit être déterminé d'après l'importance et la complexité du litige (art. 61 let. g LPGA; cf. également art. 11 al. 2 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative; RSV 173.36.5.1]). En l'espèce, il y a lieu d'arrêter le montant des dépens à 2'800 fr. à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 55 al. 2 LPA-VD).

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