

VD_GERICHTE ZA15.054352 vom 8. Mai 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-05-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA15.054352

FR: VD_GERICHTE ZA15.054352 du 8 mai 2017

IT: VD_GERICHTE ZA15.054352 del 8 maggio 2017

Erwägungen

E. 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 LPGA) auprès du tribunal des assurances compétent, à savoir celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les

- 12 - trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, 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) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal pour statuer (art. 93 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent, selon les formes prescrites par la loi, le recours est recevable.

E. 1.2

; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). Cela signifie que si le rapport de causalité avec l'accident est établi avec la vraisemblance requise, l'assureur n'est délié de son obligation d'octroyer des prestations que si l'accident ne constitue plus une cause naturelle et adéquate de l'atteinte à la santé. De même que pour l'établissement du lien de causalité fondant le droit à des prestations, la disparition du caractère causal de l'accident eu égard à l'atteinte à la santé de l'assuré doit être établie au degré habituel de la vraisemblance prépondérante. La simple possibilité que l'accident n'ait plus d'effet causal ne suffit donc pas pour délier l'assureur de son obligation de prester. Dès lors qu'il s'agit dans ce contexte de la suppression du droit à des prestations, le fardeau de la preuve n'appartient pas à l'assuré mais à

- 16 - l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 ; TFA U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 consid. 2).

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 (ATF 131 V 164 ; ATF 125 V 413 consid. 2c ; ATF 110 V 48 consid. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) Le litige porte en l'occurrence sur la question de savoir si l'intimée doit prendre en charge l'intervention chirurgicale du 22 avril 2015 ainsi que les traitements pré et post-opératoires concernant la lésion méniscale de l'assuré, singulièrement si cette lésion est en lien de causalité avec l'accident du 21 mars 2015.

E. 3

a) Selon 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. Aux termes 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, mentale ou psychique ou

- 13 - qui entraîne la mort. La notion d'accident se décompose ainsi 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 de 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 être qualifié d'accident et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et les références citées ; ATF 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). b) 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. En effet, 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1 ; TF 8C_414/2011 du 2 avril 2012 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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). On ne saurait toutefois dénier toute valeur à ce raisonnement lorsqu'il est mis en relation avec d'autres critères médicalement déterminants. Par ailleurs, l'inapplication de l'adage « post hoc ergo propter hoc » ne libère pas l'administration de son devoir, selon l'art. 43 al. 1 LPGA, de prendre d'office les mesures d'instruction nécessaires et de recueillir les renseignements dont elle a besoin. Finalement, si un expert est d'avis que

- 14 - d'après la description que l'assuré lui a faite de l'accident, celui-ci est de nature à causer le traumatisme constaté, l'administration ou le juge ne peut pas, sans motif pertinent, purement et simplement substituer sa propre appréciation à celle de l'expert (TFA U 349/05 du 21 août 2006 consid. 6). Savoir si l'événement assuré et l'atteinte en question 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. Le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable,

apparaissent au moins comme les plus probables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît certes possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de vraisemblable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid.

E. 3.1

; ATF 126 V 353 consid. 5b ; ATF 117 V 359 consid. 4a ; TF 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1). c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents implique également 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de

- 15 - rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; ATF 117 V 359 consid. 5d/bb ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1 in fine et les références citées). d) Aux termes de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de 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. Cependant, 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 ou plus 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 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 pas 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 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2 ; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid.

E. 4

a) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202 ; dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), qui prévoit que les lésions corporelles suivantes, dont la liste est exhaustive, sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire et pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs : - les fractures (let. a) ; - les déboîtements d'articulations (let. b) ; - les déchirures du ménisque (let. c) ; - les déchirures de muscles (let. d) ; - les élongations de muscles (let. e) ; - les déchirures de tendons (let. f) ; - les lésions de ligaments (let. g) ; - les lésions du tympan (let. h). b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a

pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent être couvert par l'assurance-maladie. Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA 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, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1 et les références citées ; ATF 129 V 466 ; ATF 123 V 43 consid. 2b ; ATF 116 V 145 consid. 2c ; ATF 114 V 298

- 17 - consid. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise (TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées). A l'exception du caractère extraordinaire du facteur extérieur, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPGa) en cas de lésion corporelle assimilée à un accident ; en particulier et notamment, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. 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 présentant 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 consid. 4 ; ATF 123 V 43 ; TF 8C_537/2011 du 28 février 2012 consid. 3.1 ; TF 8C_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1). c) 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.

E. 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 (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3). Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident tant et aussi longtemps que leur origine malade ou

- 18 - 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 (TF 8C_381/2014 du 11 juin 2015 consid. 3.2 ; TF 8C_846/2014 du 23 avril 2015 consid. 3.2 ; TF 8C_578/2013 du 13 août 2014 consid. 2.2 ; TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2). 5. En l'espèce, se fondant sur les avis de ses médecins-conseils, les Drs C. _____ et J. _____, l'intimée a nié l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 21 mars 2015 et la lésion méniscale présentée par l'assuré, considérant celle-ci comme dégénérative. De son côté, la recourante, suivant la position des Drs L. _____ et X. _____, soutient que le lien de causalité est établi au degré de

vraisemblance prépondérante. a) Les médecins s'étant prononcés sur le cas de l'assuré ont diagnostiqué, s'agissant de l'atteinte méniscale litigieuse, une fissuration (déchirure selon le rapport du 22 avril 2015 du Dr L. _____) longitudinale horizontale de la corne postérieure du ménisque externe. Une telle atteinte figure expressément dans la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA (cf. let. c), dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016, disposition prévoyant qu'une lésion de cette nature est assimilée à un accident, même si elle n'est pas causée par un facteur extérieur de caractère extraordinaire et pour autant qu'elle ne soit pas manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs (cf. supra consid. 4a). b) Au vu des éléments médicaux au dossier, on constate que les appréciations des médecins-conseils de l'intimée ne permettent pas d'établir de manière manifeste que l'atteinte méniscale présentée par l'assuré est d'origine exclusivement dégénérative et d'écarter toute

- 19 - origine accidentelle, même partielle. Le Dr J. _____ s'est contenté d'indiquer à cet égard que la lésion en cause était une lésion horizontale, donc presque toujours (« also fast immer ») dégénérative, ce qui est insuffisamment probant. Quant au Dr C. _____, dans son rapport du 20 janvier 2016, il a justifié son avis sur la nature malade de l'atteinte en relevant, d'une part, que le genou de l'intéressé avait déjà subi une méniscectomie interne 20 ans auparavant et présentait des chondropathies sévères ainsi qu'une chondrocalcinose et, d'autre part, que l'IRM du 14 avril 2015 ne montrait pas d'épanchement articulaire, alors qu'une lésion méniscale fraîche produisait invariablement un tel épanchement. Ces explications ne convainquent pas. En effet, même dans l'hypothèse d'une lésion dégénérative au ménisque asymptomatique jusqu'à l'accident, le raisonnement du Dr C. _____ ne permet pas de considérer que l'atteinte présentait un caractère exclusivement dégénératif sans discontinuer. Quant à l'argument de l'absence d'épanchement articulaire censé exclure une lésion méniscale fraîche, il est largement mis en doute par l'avis circonstancié du Dr X. _____, qui démontre de manière probante que l'accident du 21 mars 2015 a pu causer l'atteinte méniscale présentée par l'assuré en sus de la fracture sous-chondrale avec œdème reconnue par l'intimée. Il a en effet exposé, d'une part dans son rapport du 7 décembre 2015, que pour provoquer une fracture sous-chondrale, il fallait un traumatisme à haute énergie et qu'il était parfaitement évident que l'enfoncement du cartilage au niveau du condyle latéral avait induit en même temps des répercussions sur le ménisque et, d'autre part dans son rapport du 10 février 2016, que le ménisque était situé juste en-dessous de la fracture sous-chondrale, dans la zone de charge du condyle fémoral externe, que c'était principalement la partie centrale du ménisque (corps du ménisque) qui était atteinte, laquelle se trouvait aussi à proximité immédiate de la fracture sous-chondrale, et que le mécanisme de l'accident était de nature à provoquer une fracture sous-chondrale du cartilage ainsi qu'une lésion de la structure du ménisque situé en-dessous. Compte tenu de ces éléments et des principes rappelés ci-dessus (cf. supra consid. 4c), l'origine uniquement malade ou

- 20 - dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, de l'atteinte litigieuse n'est pas clairement établie. Partant, et dès lors qu'une cause extérieure (la chute à ski de fond du 21 mars 2015) a, à tout le moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré, il y a lieu de considérer que la lésion méniscale en cause constitue une lésion corporelle assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. c OLAA (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), de sorte que l'intimée est tenue de prendre en charge le traitement médical y relatif ainsi que l'incapacité de travail éventuelle résultant de cette atteinte. Il lui

appartiendra dès lors de statuer à nouveau sur le droit aux prestations dans cette mesure. Il incombera également à l'intimée de statuer sur les suites de la chute dans les escaliers subie par l'assuré le 6 juin 2015, pour autant qu'elle ne l'ait pas déjà fait. 6. a) En définitive, le recours doit être admis et la décision sur opposition litigieuse réformée en ce sens que l'intimée doit prendre en charge le traitement médical de la lésion méniscale constatée sur le genou droit de l'assuré, sous forme d'une fissuration longitudinale horizontale de la corne postérieure du ménisque externe, ainsi que l'incapacité de travail éventuelle résultant de cette atteinte, la cause lui étant renvoyée pour qu'elle statue à nouveau sur le droit aux prestations compte tenu de ce qui précède. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que la recourante agit en qualité d'organisation chargée de tâches de droit public (ATF 128 V 124 consid. 5b ; TF 8C_563/2009 du 31 mai 2010 consid. 4).

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