

VD_GERICHTE ZA16.037991 vom 21. April 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.037991

FR: VD_GERICHTE ZA16.037991 du 21 avril 2017

IT: VD_GERICHTE ZA16.037991 del 21 aprile 2017

Erwägungen

E. 5

a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles pour constater les faits au regard des preuves administrées, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. Si les rapports médicaux sont contradictoires, ils ne peuvent trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles ils se fondent sur une opinion médicale plutôt que sur une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (ATF 126 V 353 consid. 5b et 125 V 351 consid. 3a). b) L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation comme expertise, mais son contenu (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a, 122 V 157 consid. 1c). A cet égard, il importe 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 de 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, afin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450 consid. 11.1.3, 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 ; 9C_773/2007 du 23 juin 2008 consid. 2.1 ; 9C_168/2007 du 8 janvier 2008 consid. 4.2).

- 10 - En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci peut être enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). Cela étant, 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 suffisants 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 LPG ou une expertise judiciaire (ATF 135 V 465). A contrario, l'appréciation d'un médecin interne à l'assurance peut se voir conférer pleine valeur probante lorsque le rapport concerné apparaît concluant, exempt de contradictions et qu'il ne subsiste aucun indice susceptible de faire douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

E. 6

semaines après l'événement. On peut prendre en charge l'IRM à but diagnostique [...] » Sur opposition, le recourant s'est prévalu de rapports de ses médecins traitants, les Drs

C._____ et D._____. Le rapport du 10 mars 2016 du Dr C._____ contient notamment les éléments suivants : « [...] Le diagnostic concernant sa cheville gauche est celui d'une entorse grave avec une atteinte de la syndesmose [...]. Les investigations suivantes ont révélé la présence de lésions ostéochondrales et d'arthrose au niveau du dôme talien de la cheville gauche. [...] Il est difficile de répondre à la question d'une guérison complète, s'agissant d'une atteinte cartilagineuse au niveau d'une articulation portante. Néanmoins, compte tenu de l'échec du traitement conservateur et de l'indication chirurgicale posée, il semblerait que le traitement chirurgical soit l'option suivante qu'il faudrait envisager.

- 12 - Monsieur A._____ n'a jamais présenté d'événement ou une consultation concernant sa cheville gauche jusqu'au mois de janvier 2015 (à ma consultation). L'événement de janvier 2015 ne constitue en aucun cas une rechute, puisque le patient ne se plaignait pas de cette cheville avant ce traumatisme. Il n'est pas improbable que sans l'importance de ce traumatisme et l'atteinte de la syndesmose, la décompensation de cette cheville aurait pu ne jamais se produire et ceci malgré les lésions ostéochondrales sous-jacentes. [...] » Quant au rapport du Dr D._____ du 23 mars 2016, il indique ce qui suit : « [...] Le diagnostic chez ce patient est premièrement deux lésions du dôme du talus ainsi qu'un conflit externe des tissus mous de la cheville. Il est difficile de connaître la date d'apparition de ces lésions particulièrement au niveau du dôme du talus. Cependant lorsque l'on discute avec le patient il n'y avait plus aucune symptomatologie au niveau de cette cheville depuis son ancien traumatisme et ce jusqu'à la date de son accident l'année passée. Je pense donc qu'il y a un rapport évident entre le traumatisme du 1er janvier 2015 et les plaintes actuelles. [...] » Vu ces éléments, AXA Assurances SA a derechef soumis le cas du recourant à son médecin-conseil, en l'occurrence le Dr J._____, qui s'est prononcé le 21 juin 2016 en ces termes : « L'assuré a eu un accident de luge le 1er janvier 2015. Il essayait de freiner lorsque la lame de la luge a glissé sur son pied gauche, provoquant une distorsion de l'articulation tibiotarsienne gauche. Le 5 janvier 2015, il s'est rendu chez le médecin, qui a constaté une distorsion sévère de ladite articulation. Une IRM de cette articulation effectuée le 12 janvier 2015 a révélé des modifications ostéochondrales plurifocales dans la partie postérieure de la trochlée du talus et une lésion ostéo-chondrale dans la partie antérieure de la trochlée du talus ainsi qu'une sclérose au niveau de l'articulation sous-astragaliennne, correspondant à une arthrose débutante. De plus, elle a mis en évidence une déchirure au niveau de la syndesmose tibio-fibulaire antérieure et une rupture partielle du ligament fibulo-talaire antérieur. Je réponds aux questions posées comme suit : Ad 1 Diagnostic Il convient de considérer qu'il est pratiquement certain qu'une lésion ostéochondrale au niveau de la trochlée du talus, c'est-à-dire de la partie de l'articulation correspondant à la surface articulaire tibiale, constitue le diagnostic principal. Des lésions ostéochondrales plurifocales au niveau tant postérieur qu'antérieur du talus sont atypiques d'une blessure provoquée par un accident. En outre, il existe certainement une arthrose préexistante débutante au niveau de l'articulation sous-astragaliennne. La déchirure au niveau de la syndesmose tibio-fibulaire antérieure et la rupture partielle du

- 13 - ligament fibulo-talaire antérieur ne sont pas liées à l'accident du 1er janvier 2015. Si tel avait été le cas, l'IRM réalisée peu de temps après l'accident aurait certainement permis de constater la formation d'un œdème ou d'un hématome aux points de rupture. Ces symptômes apparaissent systématiquement en présence d'une blessure fraîche. Je conclus donc qu'il n'y a aucun lien de causalité naturelle entre les blessures structurelles constatées

sur l'IRM et l'accident du 1er janvier 2015. Il est pratiquement certain qu'elles résultent d'une ancienne blessure à l'articulation tibiotarsienne. Celle-ci date manifestement de 1996 et a été opérée. Ad 2 Eu égard aux constatations ci-dessus, il convient d'interpréter la causalité naturelle des pathologies précitées en lien avec un accident antérieur et non pas avec l'événement du 1er janvier 2015. Ad 3 Je rejoins l'évaluation du Dr B. _____ selon laquelle il convient de partir du principe que l'articulation tibiotarsienne a subi une légère distorsion et que les blessures structurelles susmentionnées doivent être interprétées comme un état préexistant. L'accident a activé une pathologie préexistante, qui était asymptomatique jusque-là. Un status quo sine a été atteint après trois mois environ. » b) Il n'est pas contesté en l'espèce que le recourant a subi un premier accident à la cheville gauche en avril 1996, lequel a entraîné des déchirures ligamentaires ayant justifié une intervention chirurgicale. Ainsi que l'ont démontré de manière convaincante les Drs B. _____ et J. _____, des lésions, qualifiées d'anciennes, ont été observées sur les documents d'imagerie fournis consécutivement à l'accident du 1er janvier 2015. En particulier, la présence d'une arthrose – problématique par essence dégénérative – et de lésions ostéocondrales est de nature à corroborer les considérations de ces spécialistes, relativement à l'ancienneté des troubles présentés par l'assuré. Par ailleurs le Dr J. _____ a expliqué les raisons pour lesquelles la déchirure de la syndesmose ne pouvait pas, dans le cas particulier, être la conséquence de l'accident du 1er janvier 2015, au vu de l'absence d'œdème ou d'hématome décelable aux points de rupture peu après cet événement. Dès lors, comme l'a souligné l'intimée, ses deux médecins-conseils ont convergé pour exclure un lien de causalité entre les troubles allégués par le recourant et l'accident concerné au-delà d'une courte période. Quoi qu'en dise le recourant, ni le Dr C. _____, ni le Dr D. _____ n'ont communiqué d'éléments objectifs de nature à faire douter

- 14 - des appréciations concordantes des spécialistes susmentionnés. Certes, le Dr C. _____ n'a-t-il pas exclu un lien de causalité entre l'événement du 1er janvier 2015 et les troubles allégués par son patient, qualifiant ce lien de « pas improbable », sans toutefois se positionner clairement sur cette question. Il a au demeurant implicitement admis que les lésions ostéocondrales étaient antérieures à ce même accident, en les qualifiant de « sous-jacentes ». On observe au surplus que le raisonnement du Dr C. _____ repose pour l'essentiel sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », dans la mesure où il s'est appuyé sur le défaut de plaintes formulées par son patient avant l'accident du 1er janvier 2015 (cf. rapport médical du 10 mars 2016, p. 2). Or, ainsi que l'a rappelé la jurisprudence fédérale citée sous considérant 3b supra, un tel raisonnement est insuffisant pour conclure à la réalisation d'un lien de causalité. Le Dr D. _____ a pour sa part procédé de la même manière en se fondant sur les plaintes du recourant pour en déduire un lien de causalité entre l'accident du 1er janvier 2015 et la symptomatologie présentée. Ce praticien a en outre expressément remarqué qu'il était « difficile de connaître la date d'apparition des lésions » (cf. rapport médical du 23 mars 2016). Par ailleurs, aucun des rapports médicaux produits par le recourant ne se prononce sur le défaut « d'œdème ou d'hématome au niveau des points de rupture » constaté à l'IRM du 12 janvier 2015, alors que cet élément constitue un des motifs à l'origine de l'appréciation du Dr J. _____. Le recourant s'est à cet égard prévalu du bénéfice de l'apposition de patches de Flector immédiatement après l'accident du 1er janvier 2015. En dépit de cette mesure thérapeutique sommaire, le rapport de radiologie du 5 janvier 2015 relate pourtant « une tuméfaction des parties molles latérales de la cheville », tandis que celui de l'IRM du 12 janvier 2015 fait état d'un « scléro-œdème de l'articulation sous-talienne postérieure ». On peut en déduire, quoi qu'en dise le

recourant, que le Flector n'avait vraisemblablement pas encore déployé pleinement ses effets au moment des constats précités. Dès lors, si un œdème ou un hématome avait été présent également aux points de rupture

- 15 - ligamentaires, il aurait sans doute été visible à l'IRM. Tel n'a cependant pas été le cas, ce qui permet de confirmer le raisonnement du Dr J._____. On ajoutera qu'on peut douter de l'efficacité du Flector pour faire disparaître un œdème ou un hématome ligamentaire, ce qui justifie d'autant plus d'écarter les arguments du recourant à ce sujet. En définitive, faute d'éléments médicaux objectifs susceptibles d'ébranler l'appréciation convergente des médecins-conseils de l'intimée, il convient de se rallier à la position de celle-ci et de considérer, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le lien de causalité naturelle entre l'accident du 1er janvier 2015 et les troubles présentés par le recourant à sa cheville a cessé d'être réalisé au plus tard trois mois après ledit accident. c) On relèvera, eu égard à la date à laquelle le statu quo sine a été atteint, que si les médecins-conseils de l'intimée, ont apprécié différemment le délai de guérison des suites de l'accident du 1er janvier 2015 (six semaines pour le Dr B._____, trois mois environ pour le Dr J._____), cela reste sans incidence in casu puisque l'intimée a servi ses prestations bien au-delà de l'intervalle le plus favorable au recourant, soit jusqu'au 1er septembre 2015. d) En dernier lieu, on ne voit pas que la mise en œuvre d'une expertise, telle que proposée par le recourant, soit de nature à modifier les conclusions ci-dessus, en particulier compte tenu de l'écoulement du temps. Il convient donc d'écarter la mesure d'instruction envisagée par le recourant par appréciation anticipée des preuves (cf. à ce sujet : ATF 124 V 90 consid. 4b ; 122 V 157 consid. 1d ; 199 V 335 consid. 3c et 104 V 209 consid. a).

E. 7

a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016 (cf. dispositions transitoires relatives à la modification du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017, in : RO 2016

- 16 - 4388 ; cf. aussi : ATF 136 V 24 consid. 4.3 ; 130 V 445 consid. 1.2.1 ; 129 V 1 consid. 1.2 ; TF 9C_446/2013 du 21 mars 2014 consid. 4.2), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 ; RS 832.202 ; état au 31 décembre 2016), selon lequel, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs, 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 : les fractures (let. a), les déboîtements d'articulations (let. b), les déchirures du ménisque (let. c), les déchirures de muscles (let. d), les elongations de muscles (let. e), les déchirures de tendons (let. f), les lésions de ligaments (let. g) et 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. Aussi les assureurs-accidents LAA doivent-ils 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 aOLAA 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, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b ; 116

V 145 consid. 2c et 114 V 298 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). Dans le cadre des atteintes visées à l'art. 9 al. 2 aOLAA, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement

- 17 - 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

Au vu de ce qui précède, il s'agit de confirmer le bien-fondé de la décision sur opposition entreprise et rejeter le recours de l'assuré. a) Le présent arrêt est rendu sans frais, vu la gratuité de la procédure (cf. art. 61 let. a LPGA et 45 LPA-VD). b) N'obtenant pas gain de cause, le recourant ne saurait prétendre des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA et 55 al. 1 LPA-VD).

- 18 -

- 19 -

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