

VD_GERICHTE ZA16.056530 vom 13. August 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-08-13, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA16.056530

FR: VD_GERICHTE ZA16.056530 du 13 août 2018

IT: VD_GERICHTE ZA16.056530 del 13 agosto 2018

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). Le tribunal des assurances compétent est celui du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Selon l'art. 93 let. a LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui 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, composée de trois magistrats (art. 94 al. 4 LPA-VD), est compétente pour statuer. En l'espèce, formé en temps utile devant l'autorité compétente et respectant les autres conditions de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), le recours est recevable.

- 7 - b) Le litige porte uniquement sur la question de savoir si les troubles aux genoux qui persistent chez le recourant au-delà du 29 août 2016 incombent ou non à l'assurance-accidents obligatoire, au titre de conséquence de l'accident du 27 octobre 2015, étant précisé que la CNA a alloué jusqu'à cette date ses prestations légales. c) Les modifications de la LAA introduites par la novelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce. En vertu du ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification (RO 2016 4388), les prestations d'assurances allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la modification du 25 septembre 2015 et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont en effet régies par l'ancien droit.

E. 2

a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. 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 (cf. 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 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

- 8 - 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 (cf. 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). En vertu 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. 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 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 même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (cf. TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2). b) Selon l'art. 6 al. 2 LAA, 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, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas

- 9 - causées par un facteur extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles sont les suivantes : a. les fractures ; b. les déboîtements d'articulations ; c. les déchirures du ménisque ; d. les déchirures de muscles ; e. les élongations de muscles ; f. les déchirures de tendons ; g. les lésions de ligaments ; h. les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (cf. ATF 116 V 136 consid. 4a et les références). 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 (cf. ATF 129 V 466). 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 (cf. TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références). On précisera qu'en ce qui concerne l'art. 9 al. 2 OLAA, on ne peut admettre qu'une lésion

assimilée - malgré son origine en grande partie dégénérative - a fait place à l'état de santé dans lequel l'assuré se serait trouvé sans l'accident (retour au statu quo sine), tant que le caractère désormais exclusivement maladif ou dégénératif de l'atteinte à la santé n'est pas clairement établi. A défaut, en effet, 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

- 10 - dégénérative ou accidentelle de cette lésion (cf. TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 2 et TFA U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2).

E. 3

a) La liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA mentionne en particulier les déchirures du ménisque (let. c) et les lésions de ligaments (let. g). Les IRM des 10 et 11 novembre 2015 ont révélé, en ce qui concerne les atteintes aux ménisques et aux ligaments, à gauche, une déchirure horizontale de la corne postérieure du ménisque interne avec suspicion d'extension à la corne moyenne, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne, une lésion mucoïde de grade II de la corne antérieure du ménisque externe et un status après déchirure partielle de stade II du ligament latéral externe. Ils ont montré, à droite, une lésion mucoïde de grade III de la corne postérieure du ménisque, une lésion mucoïde de grade II de sa corne antérieure, une déchirure partielle de stade II du ligament latéral interne ainsi qu'une lésion mucoïde de grade I des cornes antérieure et postérieure du ménisque externe. Le Dr K. _____, orthopédiste traitant de l'assuré, auprès duquel le Dr P. _____ avait envoyé ce dernier, a uniquement constaté que les IRM avaient révélé, à droite, une déchirure méniscale interne périphérique et, à gauche, un syndrome fémoro-patellaire. Il précise ensuite qu'il s'agit cliniquement, à droite, d'une suspicion de déchirure méniscale interne qui est partiellement confirmée avec une petite déchirure périphérique au niveau de l'IRM ainsi qu'un syndrome fémoro-patellaire, à gauche. A la lecture de l'IRM, le Dr K. _____ ne retient pas déchirure du ménisque à gauche contrairement à ce que prétend le recourant. Selon la doctrine médicale, en ce qui concerne la classification des anomalies du signal du ménisque lors d'une IRM, seule la lésion de grade III peut révéler une déchirure méniscale. En l'occurrence, l'IRM a révélé une seule lésion du ménisque de grade III au genou droit, ce qui correspond aux constatations du Dr K. _____, qui interprète par ailleurs l'atteinte révélée par l'imagerie comme une suspicion de déchirure méniscale. Il faut toutefois constater que la lésion du ménisque de grade III est qualifiée de lésion mucoïde. Le terme mucoïde désigne une dégénérescence et en conséquence une atteinte dégénérative des

- 11 - ménisques. A cet égard, tant les spécialistes de la Clinique B. _____ que les Drs Q. _____ et M. _____ retiennent des lésions exclusivement dégénératives des ménisques et des lésions chondrales, prédominant au compartiment fémoro-patellaire (grade IV). Les lésions partielles des ligaments, révélées par l'IRM, ne sont par ailleurs retenues par aucun des médecins consultés. Il est dès lors suffisamment établi qu'avant la survenance de l'accident, les atteintes à la santé de l'assuré avaient un caractère exclusivement maladif ou dégénératif. Par contre, il n'est pas contesté que l'accident du 27 octobre 2015 a exercé une influence sur ces lésions dégénératives et asymptomatiques préexistantes en ce sens qu'il a déclenché une impotence fonctionnelle ainsi que des douleurs. En tant qu'il a déclenché la symptomatologie et qu'il revêt l'aspect d'un facteur extérieur - et, qui plus est, de caractère extraordinaire -, l'événement du 27 octobre 2015 ouvrait donc droit à des prestations pour les suites des lésions même si elles avaient, pour

l'essentiel, une origine dégénérative (cf. ATF 129 V 466; 123 V 43 consid. 2b; 116 V 145 consid. 2c; 114 V 298 consid. 3c), raison pour laquelle la CNA a versé de telles prestations. Il n'en demeure pas moins que les déchirures dégénératives des ménisques et des ligaments existaient déjà avant l'accident. C'est pourquoi, même si cette lésion peut être assimilée à une déchirure des tendons au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA, le point de savoir si l'incapacité de travail persistant après le 29 août 2016 et l'éventuel traitement médical prodigué après cette date sont en relation avec la symptomatologie déclenchée par l'accident ne doit pas être tranché à l'aune des règles particulières de preuve posées par la jurisprudence en ce qui concerne les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, mais selon les principes généraux applicables lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident (cf. TF 8C_714/2013 du 23 juillet 2014 consid. 5.2.1). De manière concordante, les médecins consultés (soit la Clinique B._____, le Dr M._____, le Dr K._____ et le Dr Q._____) estiment en particulier que les douleurs sont dues pour l'essentiel à la

- 12 - chondropathie bilatérale de stade IV, le Dr Q._____ relevant même que vu les atteintes chondrales, notamment à gauche, une arthroscopie du genou gauche associée à une résection méniscale, n'empêcherait pas les douleurs de continuer. Cela étant, il apparaît, au degré de la vraisemblance prépondérante appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans l'assurance sociale (cf. ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3), que l'existence d'un rapport de cause à effet entre la symptomatologie déclenchée par l'accident et l'incapacité de travail persistant après le 29 août 2016 est possible, mais ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier. Il résulte de cela qu'après le 29 août 2016, l'atteinte à la santé était imputable exclusivement à des causes étrangères à l'événement du 27 octobre 2015, de sorte que le devoir de l'assureur- accidents d'allouer des prestations prenait fin. L'avis isolé du 26 septembre 2016 du Dr P._____, qui n'est au demeurant pas orthopédiste, ne permet pas de retenir une autre solution. En effet, celui-ci est contradictoire, le Dr P._____ attestant à la fois qu'aucun facteur étranger à l'accident n'influence les atteintes à la santé du recourant et convient d'autre part de l'existence d'une arthrose fémoro-tibiale interne bilatérale. A cela s'ajoute le fait que l'intimée n'a pas nié que l'accident avait aggravé les atteintes préexistantes et dégénératives que présentait le recourant. Elle a seulement fixé le statu quo sine au 29 août 2016. Or le Dr P._____ ne motive absolument pas son constat selon lequel le statu quo sine ne serait pas atteint à cette date. b) Vu ce qui précède, l'intimée était fondée à supprimer, à partir du 29 août 2016, le droit du recourant à des prestations d'assurance (frais médicaux et indemnité journalière) pour la symptomatologie douloureuse et l'impotence fonctionnelle liées à la lésion des deux genoux et persistant au-delà de cette date.

E. 4

Le dossier, complet, permet à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. La mise en œuvre d'une expertise orthopédique, telle que requise par le recourant dans son acte du 22 décembre 2016,

- 13 - n'apparaît ainsi pas de nature à apporter un éclairage différent des éléments retenus ci-dessus et peut dès lors être écartée par appréciation anticipée des preuves (cf. ATF 137 III 208 consid. 2.2 ; 135 II 286 consid. 5.1).

E. 5

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir des frais judiciaires. Par ailleurs, le recourant n'obtenant pas gain de cause, il n'a pas droit à des dépens (art. 6 let. g LPGA).

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