

VD_GERICHTE ZA17.039857 vom 23. Januar 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-01-23, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.039857

FR: VD_GERICHTE ZA17.039857 du 23 janvier 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.039857 del 23 gennaio 2018

Erwägungen

E. 1

Diagnostic : Status après phénomène d'entorse/contusion du genou gauche du 18.01.2017.

- 4 -

E. 1.2

; RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; RAMA 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). 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 l'assureur (TF U 136/06 du 2 mai 2007 consid. 3.1 ; TFA U 179/03 du 7 juillet 2004 consid. 3 et U 43/03 du 29 avril 2004 consid. 3 et la référence citée).

E. 2

Evolution : J'ai vu à une première reprise le patient le 04.04.2017, environ deux mois et demi après l'accident. L'évolution était plutôt défavorable avec l'apparition d'une gêne d'allure mécanique à la face latérale gauche. Une IRM [imagerie par résonance magnétique] avait mis en évidence une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne mais aucune pathologie au niveau du condyle externe du fémur gauche. L'IRM datant du 20.03.2017. Le patient avait déjà été à l'arrêt de travail depuis le 03.04.2017. Malgré un traitement conservateur, l'évolution est restée plutôt défavorable. Vu la persistance des gênes, j'ai effectué le 04.05.2017 une infiltration par Diprophos 2 mg au niveau du condyle fémoral externe du genou gauche où le patient présente une symptomatologie assez atypique. J'ai revu le patient en date du 10.05.2017, environ une semaine après l'infiltration : Le patient décrit une légère amélioration de la symptomatologie algique. (...)

E. 3

Traitement actuel : Physiothérapie, antalgie aux besoins. (...)

E. 4

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. 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 119 V 335 consid. 1 ; TF 8C_410/2016 du 19 avril 2017 consid. 5.2, 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.1 et 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_464/2014 du 17

- 10 - juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1). 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. 3.1, 126 V 353 consid. 5b, 117 V 359 consid. 4a et 117 V 369 consid. 3a). b) 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 et ATF 125 V 456 consid. 5a et les références citées ; TF 8C_929/2015 du 5 décembre 2016 consid. 3 et 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

- 11 - rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3 et 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). c) La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré. Les prestations d'assurance sont donc également versées en cas de rechutes ou de séquelles tardives (art. 11 OLA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, il y a rechute lorsqu'une atteinte présumée guérie récidive, de sorte qu'elle conduit à un traitement médical ou à une (nouvelle) incapacité de travail. On parle en revanche de séquelles ou de suites tardives

lorsqu'une atteinte apparemment guérie produit, au cours d'un laps de temps prolongé, des modifications organiques ou psychiques qui conduisent souvent à un état pathologique différent (ATF 123 V 137 consid. 3a et 118 V 293 consid. 2c). Les rechutes et suites tardives se rattachent donc par définition à un événement accidentel. Corrélativement, elles ne peuvent faire naître une obligation de l'assureur- accidents (initial) de verser des prestations que s'il existe un lien de causalité naturelle et adéquate entre les nouvelles plaintes de l'intéressé et l'atteinte à la santé causée à l'époque par l'accident assuré (ATF 118 V 293 consid. 2c et les références citées ; TF 8C_69/2012 du 18 septembre 2012 consid. 2 et 8C_260/2012 du 27 juin 2012 consid. 2). d) 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. 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 - 12 - 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_175/2014 du 9 février 2015 consid. 3.2 et 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid.

E. 5

De manière générale, l'assureur social – et le juge des assurances sociales en cas de recours – doit examiner de façon 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. Si les rapports 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. C'est ainsi qu'il importe, pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des

- 13 - 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 et 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_55/2013 du 7 janvier 2014 consid. 4.3.2 et 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 consid. 2.1). En ce qui concerne les rapports des médecins des assureurs, ceux-ci peuvent se voir reconnaître valeur probante aussi longtemps qu'ils aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permette de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2 et 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de

son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2). S'agissant des 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. Il convient dès lors en principe d'attacher plus de poids aux constatations d'un expert qu'à celles du médecin traitant (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées ; TF 4A_318/2016 du 3 août 2016 consid. 6.2 et C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2).

- 14 -

E. 6

a) En l'espèce, se référant à l'appréciation médicale de la Dresse J._____, l'intimée a refusé de verser des prestations d'assurance en lien avec des troubles au genou gauche, au motif qu'il n'y a pas de lien de causalité entre lesdits troubles et l'événement du 18 janvier 2017. Se fondant sur les rapports des 16 mai et 20 septembre 2017 du Dr M._____, l'intéressé soutient qu'un tel lien existe. b) Les rapports médicaux figurant au dossier évoquent différents diagnostics susceptibles d'expliquer les troubles allégués. Toutefois, les praticiens ayant suivi le recourant ne se prononcent pas sur le lien de causalité éventuel entre l'accident du 18 janvier 2017 et l'atteinte à la santé présentée. L'intimée ne les a d'ailleurs pas spécifiquement interrogés à ce sujet, ayant rendu la décision du 1er juin 2017 et la décision sur opposition du 8 août suivant uniquement sur la base de l'appréciation de son médecin-conseil, la Dresse J._____. S'agissant de la détermination de cette dernière, contenue dans ses avis des 3 mai et 27 juillet 2017, force est de constater que ces documents ne remplissent pas les réquisits jurisprudentiels résumés ci-avant (cf. consid. 5 supra) pour se voir conférer pleine valeur probante. Outre que la Dresse J._____ n'a procédé à aucun examen clinique du recourant, ce qui ne lui a pas permis de rendre compte de ses plaintes, elle s'est contentée d'un bref récapitulatif des avis médicaux au dossier avant de formuler une conclusion pour le moins lapidaire, puisque tenant en quelques lignes seulement. Celle-ci consiste à mettre en doute le lien de causalité entre l'accident du 18 janvier 2017 et la pathologie dont se plaint le recourant. Quoi qu'en dise l'intimée, l'évaluation à laquelle la Dresse J._____ a procédé laisse subsister plusieurs interrogations sur l'origine des problèmes allégués par le recourant – lequel est au demeurant un patient jeune né en 1995 – et ne saurait dès lors emporter la conviction quant à l'exclusion d'un éventuel lien de causalité. Des pièces au dossier, il ressort que les deux seules descriptions cliniques qui doivent être qualifiées de sommaires émanent des Drs N._____ et M._____. La Dresse N._____ a retenu le

- 15 - diagnostic de tendinite post traumatique du genou gauche. Quant au Dr M._____, il a fait état d'un status après phénomène d'entorse/contusion du genou gauche. Comme il le mentionne, les lésions mises en évidence à l'IRM n'ont aucune corrélation clinique et parfois c'est l'inverse. Toutefois, le rapport d'IRM du 20 mars 2017 met notamment en évidence un hypersignal T2 de la corne postérieure du ménisque interne suspect d'une déchirure, laquelle peut être d'origine traumatique. On rappellera que le mécanisme exact du traumatisme n'a pas été clairement décrit, car il a été annoncé de manière différente par les intervenants. Par ailleurs, on ne saurait exclure que la plage d'œdème sous-chondral décrite dans la partie antérieure du plateau tibial puisse être d'origine traumatique. En tout

état de cause, il convient de considérer que l'appréciation à laquelle a procédé la Dresse J. _____ est insuffisante, laquelle exclut une origine traumatique à l'atteinte dont se prévaut le recourant, sans aucun argument autre que l'absence de signe radiologique et sans avoir examiné l'intéressé. Finalement, dans une appréciation médicale du 20 septembre 2017, le Dr M. _____ préconise d'autres examens plus spécifiques au niveau osseux, comme un SPECT-CT et retient un lien de causalité probable entre l'accident et les symptômes présentés par son patient. c) L'avis sur dossier de la Dresse J. _____ n'a ainsi pas été établi en pleine connaissance du dossier, ne prend pas en considération les plaintes du recourant et ne discute pas les éléments médicaux recueillis au cours de la procédure administrative. Il ne dispose donc pas d'une valeur probante suffisante pour trancher les points litigieux. Les autres rapports médicaux ne permettent pas non plus, à eux seuls, de déterminer ce qu'il en est. Dès lors, force est de constater que l'instruction menée sur le plan médical ne permet pas de se prononcer en l'état du dossier. En l'occurrence, au vu du caractère lacunaire de l'instruction et des incertitudes subsistant quant à l'étiologie accidentelle des symptômes allégués par le recourant, il s'avère que les faits pertinents n'ont pas été constatés de manière suffisamment précise. Il se justifie par conséquent d'ordonner le renvoi de la cause à l'intimée – à qui il

- 16 - appartient au premier chef d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales selon l'art. 43 al. 1 LPGA (cf. consid. 4a supra) –, pour qu'elle en complète l'instruction. Il lui incombera de désigner un expert en orthopédie si possible spécialisé dans les pathologies du genou conformément à la procédure de l'art. 44 LPGA et de l'inviter, en lui soumettant l'intégralité du dossier, à se déterminer sur les atteintes à la santé présentées par le recourant depuis l'accident litigieux, sur leur origine accidentelle ou non, sur l'influence éventuelle des atteintes à la santé d'origine accidentelle sur la capacité de travail de l'assuré, ainsi que sur le point de savoir si un traitement est encore requis. Il appartiendra ensuite à l'intimée, sur la base des données ainsi recueillies, de rendre une nouvelle décision.

E. 7

a) En définitive, le recours doit donc être admis et la décision sur opposition entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour complément d'instruction dans le sens des considérants, puis nouvelle décision. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). c) Le recourant, qui obtient gain de cause avec le concours d'un mandataire professionnel, a droit à des dépens, dont le montant doit en l'espèce être arrêté à 1'500 fr. compte tenu de l'importance et de la complexité du litige et mis à la charge de l'intimée, qui succombe (art. 61 let. g LPGA, 55 LPA-VD et 11 al. 2 TFJDA [tarif cantonal vaudois du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; RSV 173.36.5.1]).

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