

VD_GERICHTE ZA17.039892 vom 24. Juni 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-06-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.039892

FR: VD_GERICHTE ZA17.039892 du 24 juin 2019

IT: VD_GERICHTE ZA17.039892 del 24 giugno 2019

Erwägungen

E. 4

; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3). b) 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 allouées en cas de rechutes et de séquelles tardives (art. 11 OLAA [ordonnance fédérale du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202]). Selon la jurisprudence, les rechutes et les séquelles tardives ont ceci en commun qu'elles sont attribuables à une atteinte à la santé qui, en apparence seulement, mais non dans les faits, était considérée comme guérie. Il y a rechute lorsque c'est la même maladie qui se manifeste à nouveau. On parle de séquelles 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 ; TF 8C_61/2016 du 19 décembre 2016 consid. 3.2). 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_589/2017 du 21 février 2018 consid. 3.1.1 ; TF 8C_334/2012 du 25 avril 2013 consid. 2). En cas de rechutes ou de séquelles tardives, il incombe à l'assuré d'établir, au degré de vraisemblance prépondérante, l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre la nouvelle atteinte et l'accident. A cet égard, la jurisprudence considère que plus le temps écoulé entre

- 16 - l'accident et la manifestation de l'affection est long, et plus les exigences quant à la preuve, au degré de la vraisemblance prépondérante, du rapport de causalité naturelle doivent être sévères (TF 8C_560/2017 du 3 mai 2018 consid. 4.2 et les références citées).

E. 5

Il appartient au juge des assurances sociales d'examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis de 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 trancher 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 (ATF 125 V 351 consid. 3a et les références citées ; TF 8C_135/2016 du 23 décembre 2016 consid. 5.1).

E. 6

a) En l'occurrence, par sa décision du 18 octobre 2013, confirmée sur opposition le 5 novembre suivant, la CNA a mis un terme à ses prestations (indemnités journalières et frais

de traitement) au 30 septembre 2013 en ce qui concerne les suites de l'accident du 1er avril 2013. Sur la base de l'expertise du Dr B. _____ du 7 octobre 2013, elle a considéré que, à compter de cette date, l'ensemble des troubles qui subsistaient n'étaient plus dus à l'accident mais étaient exclusivement de nature malade. En ce qui concerne l'accident du 4 mars 2008, elle a estimé qu'il n'existait pas de lien de causalité avéré, ou pour le moins établi au degré de la vraisemblance prépondérante, entre celui-ci et les lésions cervicales, lombaires et du genou gauche annoncées. Elle a toutefois invité le recourant à lui transmettre le compte-rendu de l'opération au genou gauche du 30 octobre 2013 afin qu'elle puisse examiner son éventuelle responsabilité et, le cas échéant, rendre une décision susceptible d'opposition sur ce point. b) Saisie d'un recours contre la décision sur opposition du 5 novembre 2013, la Cour de céans l'a rejeté par arrêt du 1er mai 2015. aa) Concernant l'accident du 4 mars 2008, elle a rappelé que celui-ci avait fait l'objet d'une annonce de rechute au mois de juin 2013.

- 17 - Les radiographies du rachis cervical, du rachis lombaire et du bassin effectuées le 28 mai 2013 indiquaient la diminution de calibre du trou de conjugaison C5-C6 gauche, et la présence de discopathies débutantes L4- L5 et L5-S1. Les résultats de l'IRM du 4 juillet 2013 montraient un canal cervical normal et un rachis cervical normal pour l'âge avec des phénomènes dystrophiques étagés tout débutants de C3-C4 et C5-C6, ainsi qu'une uncarthrose gauche C5-C6 débutante. Ces éléments médicaux allaient dans le sens des conclusions du Dr B. _____, lequel estimait un retour au statu quo ante au maximum 3 à 6 mois après l'accident, les légers troubles objectivés étant d'origine malade. La Cour de céans en a conclu que les atteintes décrites ne pouvaient être attribuées à une rechute de l'accident du 4 mars 2008. bb) En ce qui concerne l'accident du 1er avril 2013, la Cour de céans a relevé que les rapports des médecins consultés par le recourant n'étaient pas susceptibles de remettre en cause les conclusions du Dr B. _____ selon lequel la capacité de travail du recourant était entière au terme d'une période maximum de 3 mois ensuite de cet événement accidentel. Ainsi, le Dr V. _____ n'avait retenu qu'une contusion frontale. De son côté, la Dresse D. _____ avait relevé que l'intéressé présentait des troubles visuels de l'œil gauche et qu'une IRM ainsi qu'un scanner de contrôle par un neurochirurgien étaient nécessaires. Le recourant a ainsi consulté le Dr Q. _____, neurochirurgien, lequel l'avait opéré en raison d'une scaphocéphalie présente depuis l'enfance. Dans son rapport du 5 juin 2013, ce médecin n'avait signalé aucune anomalie de son point de vue, tout en estimant nécessaire une surveillance ophtalmologique et la consultation du Dr F. _____. Ce dernier, dans son rapport du 16 mai 2013, avait mesuré l'acuité visuelle à 9.10/10e après correction concernant l'œil gauche (ainsi qu'une amblyopie de l'œil droit). Le recourant s'étant plaint de difficultés de concentration, il avait recommandé la mise en œuvre d'une IRM, mais n'avait toutefois mentionné aucune anomalie, aucune incapacité de travail, ni préconisé aucun traitement.

- 18 - cc) Dans la mesure où l'expert, le Dr B. _____, avait relevé que les atteintes dégénératives constatées ne permettaient pas d'expliquer l'étendue des plaintes du recourant, la Cour de céans s'est attachée à examiner la question de la prise en charge par l'assurance- accidents du traitement de troubles sans preuve de déficit organique fonctionnel. Il s'agissait en l'occurrence de troubles non objectivables du point de vue organique, faisant suite à un traumatisme de type « coup du lapin » à la colonne cervicale, un traumatisme analogue à la colonne cervicale ou un traumatisme crânio-cérébral, ce qui impliquait l'examen des critères jurisprudentiels développés en matière de troubles

psychiques apparus consécutivement à un accident. Au terme de son analyse, la Cour de céans a retenu qu'en présence d'accidents de gravité moyenne, aucun des critères posés par la jurisprudence n'était réalisé, de sorte que la causalité adéquate devait être niée. dd) Enfin, la Cour de céans a réservé la prise en charge par l'intimée des troubles au genou gauche présentés par le recourant à la suite de l'accident du 4 mars 2008. Elle a ainsi retenu que c'était à raison qu'elle avait informé l'intéressé de l'examen de sa responsabilité une fois l'opération du 30 octobre 2013 effectuée. Il lui incomberait dès lors d'examiner la pertinence d'une éventuelle prise en charge du traitement des atteintes au genou gauche à la lumière des rapports médicaux rendus dans le cadre de l'intervention chirurgicale du 30 octobre 2013. ee) A défaut d'un recours au Tribunal fédéral contre l'arrêt du 1er mai 2015, celui-ci est entré en force, ce qui signifie qu'il n'y a par conséquent pas lieu de revenir sur les questions qui y sont définitivement tranchées.

E. 7

A lire les nombreux courriers adressés par le recourant tant à l'intimée que dans le cadre de la procédure devant la Cour de céans, on comprend qu'il sollicite, de manière toute générale, la prise en charge des atteintes à la santé consécutives aux accidents des 4 mars 2008 et 1er avril 2013. Il convient de rappeler que, hormis l'atteinte au genou gauche, les différents troubles présentés par le recourant à la suite des accidents

- 19 - précités ont fait l'objet d'une décision sur opposition de la CNA rendue le 5 novembre 2013 et confirmée par la Cour de céans par arrêt du 1er mai 2015. Dans cet arrêt, elle a examiné l'existence d'un lien de causalité entre les accidents du 4 mars 2008 et du 1er avril 2013 et les atteintes à la santé dont se plaignait le recourant : il s'agissait de troubles neurologiques incluant des problèmes de la vue, des atteintes au rachis cervical et lombaire ainsi que des troubles non objectivables (céphalées, difficultés de concentration, troubles du sommeil). Au regard de l'entrée en force de l'arrêt du 1er mai 2015, le tribunal ne saurait une nouvelle fois examiner dans quelle mesure la caisse intimée est susceptible de prendre en charge l'ensemble des atteintes alléguées. Demeurait toutefois réservée la responsabilité de l'intimée en lien avec l'atteinte au genou gauche (cf. consid. 8 ci-après). Dès lors, c'est exclusivement sous l'angle d'éventuelles rechutes qu'il y a lieu de déterminer si les troubles analysés dans le cadre de l'arrêt cantonal peuvent faire l'objet d'une prise en charge par la caisse intimée. Il convient encore de préciser dans ce contexte que, dans la mesure où l'arrêt cantonal n'a tenu compte que des rapports médicaux antérieurs à la décision sur opposition du 5 novembre 2013 et qu'il y a lieu, dans le cadre de la présente procédure, de se fonder uniquement sur les pièces médicales antérieures à la décision litigieuse (cf. consid. 3a ci-dessus), seuls les documents médicaux émis après le 5 novembre 2013 et pour les faits antérieurs au 14 août 2017 seront pris en considération. a) En ce qui concerne les atteintes du rachis lombaire, il résulte du rapport d'IRM lombaire du 14 mars 2014 que le recourant présente des discopathies dégénératives L4-L5 et L5-S1, avec un hyposignal T2 diffus des disques, un affaissement modéré de ceux-ci et un petit débord discal circonferentiel. En L5-S1, il existait une petite hernie discale postérieure médiane, sans retentissement significatif sur le sac dural et les racines S1 émergentes. Quand bien même il conviendrait d'écarter le compte-rendu de l'IRM du rachis lombaire du 6 septembre 2017 en tant qu'il est postérieur à la décision entreprise (cf. consid. 3a ci-dessus), il convient de relever qu'il ne fait pas état d'une situation médicale différente. Il met en effet en évidence l'existence d'une

- 20 - discopathie L4-S1 avec débord discal ainsi qu'une hernie discale L5-S1. Quant au rachis cervical, les résultats de l'IRM du 4 juillet 2013 ont montré un canal cervical normal et un rachis cervical normal pour l'âge avec des phénomènes dystrophiques étagés débutants de C3-C4 et C5-C6 ainsi qu'une uncarthrose gauche C5-C6 débutante. Telle était également la conclusion de l'IRM du rachis cervical du 4 septembre 2017 ayant mis en évidence une discopathie modérée en C5-C6, soit un trouble dégénératif dû au vieillissement. La situation est donc superposable à celle qui prévalait au moment où l'arrêt cantonal a été rendu. b) En ce qui concerne l'atteinte neurologique, la Dresse C. _____ a indiqué, dans un courrier du 26 janvier 2015, que l'examen neurologique était normal (cf. aussi dans le même sens ses courriers des 2 janvier et 20 novembre 2017). Concernant plus particulièrement les problèmes de vue invoqués, il ressort de l'IRM cérébrale pratiquée par la Dresse K. _____ le 16 janvier 2015 qu'il n'y avait aucune anomalie significative visible le long des voies visuelles ainsi que dans les orbites. Quant au Dr F. _____, il a relevé qu'il n'y avait pas d'altération visible sur le plan oculaire (courrier du 29 janvier 2015). Les pièces au dossier n'apportent ainsi aucun élément objectivement nouveau qui n'ait été pris en compte dans le cadre de la procédure précédente. c) En ce qui concerne les suites du traumatisme crânien, il convient de constater que les avis médicaux rendus postérieurement à la décision sur opposition du 5 novembre 2013 ne font état d'aucun élément nouveau. Dans son courrier du 24 juillet 2014, le Prof. Q. _____ a relevé que le traumatisme crânien n'avait pas laissé de séquelles objectives organiques. Pour sa part, le Dr J. _____ a indiqué, dans son rapport du 18 mai 2018 (cf. toutefois consid. 3a ci-dessus) qu'il existait une lésion séquellaire frontale gauche d'allure post-traumatique qui lui semblait déjà visible sur un scanner cérébral réalisé en 2012. Pour le reste, l'examen clinique neurologique pratiqué ce jour était sans anomalie. Cependant, selon la Dresse C. _____, une lésion ischémique frontale gauche était apparue et pouvait être attribuée au traumatisme crânien (rapport du 26 janvier 2015) ; cette lésion n'expliquait toutefois pas l'ensemble des

- 21 - symptômes. Le 2 janvier 2017, ce médecin a confirmé la présence d'une lésion ischémique frontale gauche, précisant toutefois que celle-ci n'était pas responsable d'une asthénie mais pouvait entraîner des difficultés de concentration ou exécutives qui demandaient au recourant un effort supplémentaire pour la gestion de la journée. Il convient de préciser que les problèmes de concentration avaient déjà été évoqués le 16 mai 2013 par le Dr F. _____ notamment. Or, le lien de causalité entre ces troubles (difficultés de concentration ou exécutives) et l'événement accidentel du 1er avril 2013 (cogner la tête contre un tuyau métallique) n'avait pas été admis faute de réaliser les critères jurisprudentiels qui devraient être réunis en cas d'accident de gravité moyenne pour retenir un lien de causalité adéquate (cf. arrêt du 1er mai 2015 consid. 5 pp. 18 ss.). Il n'en va pas différemment en l'espèce. d) A la lumière des considérants qui précèdent, il convient d'admettre que les pièces médicales établies après le 5 novembre 2013 et pour des faits antérieurs au 14 août 2017 ne mettent en évidence aucun élément clinique ou diagnostique nouveau par rapport à la situation tranchée dans l'arrêt du 1er mai 2015. En d'autres termes, en l'absence d'évolution des atteintes à la santé ayant fait l'objet d'un examen matériel par la Cour de céans, elles ne sauraient engager la responsabilité de la caisse intimée au titre d'éventuelles rechutes.

E. 8

Dans son arrêt du 1er mai 2015, la Cour de céans a expressément réservé l'examen de la prise en charge par l'intimée de l'atteinte au genou gauche présentée par le recourant à la suite de l'accident du 4 mars 2008 compte tenu de l'intervention chirurgicale du 30 octobre 2013. Dans la mesure où l'intimée n'avait pu se déterminer quant à sa responsabilité dans sa décision sur opposition du 5 novembre 2013, la Cour de céans l'a invitée à examiner la pertinence d'une éventuelle prise en charge du traitement des atteintes au genou gauche à la lumière des rapports médicaux rendus dans le cadre de cette intervention. Reprenant l'instruction du cas sur ce point, elle a nié son obligation de prester par décision sur opposition du 14 août 2017.

- 22 - a) Il ressort du courrier du 30 octobre 2013 du Dr H. _____ que celui-ci a reçu le recourant pour la réalisation d'une arthroscopie du genou gauche suite à des gonalgies évoluant depuis plusieurs mois avec, à l'IRM, des lésions méniscales du compartiment interne. Le compte-rendu opératoire daté du même jour mettait en évidence une hypertrophie synoviale relativement étendue dans toute l'articulation du genou associée à de multiples lésions de chondrite stade II/III du condyle fémoral interne avec une lésion minimale du ménisque. Il était précisé que le ligament croisé antérieur était tout à fait dans les normes. L'IRM du genou gauche effectuée le 18 avril 2008 indiquait déjà une chondropathie débutante et une petite zone en hypersignal au niveau de la partie supérieure du ligament croisé antérieur vraisemblablement séquellaire d'une lésion traumatique ancienne, étant rappelé que le recourant avait été victime d'un accident de la voie publique en 1987 ayant entraîné un traumatisme du genou gauche. Dans son rapport du 6 octobre 2016, le Dr M. _____ a indiqué que le recourant souffrait d'une arthrose plus que débutante, le bilan radiologique confirmant des lésions dégénératives au niveau des différents compartiments du genou. Le 17 novembre 2016, le Dr M. _____ a précisé que les douleurs dont le recourant se plaignait étaient manifestement en rapport avec des lésions dégénératives tout à fait débutantes, si bien qu'il envisageait une nouvelle arthroscopie. Le 17 janvier 2017, le Dr W. _____ a examiné le protocole opératoire du 30 octobre 2013 et a constaté qu'il décrivait clairement une usure du compartiment interne de genou gauche que l'accident du 4 mars 2008 n'était pas susceptible d'avoir produite. b) Selon un avis médical du Dr M. _____ du 30 janvier 2017, le recourant a été pris en charge en chirurgie ambulatoire pour une nouvelle arthroscopie de lavage de son genou gauche pratiquée le même jour. Le recourant présentait une gonarthrose modérée de ce genou résistante aux infiltrations. Le compte-rendu opératoire daté du même jour

- 23 - mettait notamment en évidence une chondropathie de stade II-III au niveau du tibia et de stade I au niveau du fémur. Dans un rapport médical du 10 mai 2017, le Dr P. _____ a indiqué que le recourant avait bénéficié de deux arthroscopies de lavage ayant permis de retrouver des lésions chondrales de moyenne gravité. c) L'appréciation du Dr W. _____ du 10 août 2017, qui a fondé la décision sur opposition rendue par l'intimée le 14 août 2017, tient compte de l'ensemble du dossier médical et en déduit que la simple contusion du genou gauche lors de l'accident du 4 mars 2008 n'avait entraîné aucune lésion structurelle d'importance. La petite lésion, de type méniscale, du ménisque interne s'inscrivait dans le cadre d'un processus dégénératif affectant cette articulation. Quant à la lésion très partielle du ligament croisé antérieur, elle n'a jamais été retrouvée sur les IRM postérieures à celle de 2008 (cf. compte-rendus d'IRM du genou gauche des 4 octobre 2010, 29 janvier 2013, 25 juin 2013 et 29 septembre 2016), de sorte que le Dr W. _____ en déduit qu'elle a guéri rapidement. d) On ne voit en l'occurrence aucune raison de s'écarter de l'appréciation

du Dr W._____. Outre qu'elle n'est contredite par aucune pièce au dossier, il y a lieu de rappeler que les avis médicaux postérieurs à la décision entreprise ne sont pas pris en compte (cf. consid. 3a ci-dessus), ce d'autant plus que le recourant a apparemment subi une nouvelle chute le 9 septembre 2017 qui aurait atteint ses deux genoux (cf. rapport de l'Institut O._____. du 28 novembre 2017). e) Au vu de ce qui précède, force est de constater que l'existence d'un rapport de causalité naturelle entre les atteintes au genou gauche du recourant et l'accident du 4 mars 2008 n'est pas établie au degré de la vraisemblance prépondérante. L'intimée était ainsi fondée à refuser de lui octroyer des prestations concernant ces troubles.

E. 9

En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée.

- 24 -

E. 10

a) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires. b) Le recourant, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA et 55 LPA-VD).

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