

VD_GERICHTE ZA17.048180 vom 21. September 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-09-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.048180

FR: VD_GERICHTE ZA17.048180 du 21 septembre 2018

IT: VD_GERICHTE ZA17.048180 del 21 settembre 2018

Erwägungen

E. 1

a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (cf. art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. A teneur de l'art. 93 let. a LPA-VD, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente.

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 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c, 110 V 48 consid. 4a). b) Le litige porte sur le droit de l'assuré aux prestations de la CNA ensuite de l'événement du 6 mars 2017.

- 7 - Les décisions rendues par l'intimée dans le cadre de cette affaire manquent de clarté. Dans sa décision du 3 juillet 2017, la CNA a fait valoir l'absence de lien de causalité certain ou probable entre l'événement du 6 mars 2017 et « les troubles déclarés » et en a conclu qu'elle ne pouvait pas allouer de prestations. En opposition, elle a confirmé la décision précitée, tout en indiquant que la glissade litigieuse avait cessé de déployer ses effets au plus tard le 8 mai 2017. Il ressort du dossier que la CNA a confirmé la prise en charge de l'événement par courrier du 21 mars 2017, qu'elle a ensuite payé les frais de traitement (IRM du 20 mars 2017, consultations médicales des 13 mars, 27 mars et 4 mai 2017 ainsi que les frais de pharmacie du 11 mars 2017), qu'elle a admis que la glissade avait pu décompenser de manière très passagère l'état antérieur et qu'elle n'a émis des réserves quant à l'étendue de ses obligations que le 26 mai 2017, faisant référence à l'intervention chirurgicale du 8 mai 2017. Il sied dès lors de retenir qu'en substance, l'intimée a accepté la prise en charge de l'événement du 6 mars 2017 jusqu'au 7 mai 2017 et que par la décision querellée, elle conteste son devoir de verser des prestations pour la période ultérieure, singulièrement celles en lien avec les interventions chirurgicales des 8 et 23 mai 2017. N'est

ainsi litigieux en l'espèce que le point de savoir si c'est à bon droit que la CNA a mis fin à ses prestations (indemnités journalières et frais médicaux) au 8 mai 2017 pour les suites de l'événement du 6 mars 2017, au motif que les troubles présentés par le recourant au genou droit n'étaient plus en relation de causalité avec ledit événement dès cette date. Les frais de traitement jusqu'au 7 mai 2017 ne sont par contre pas litigieux.

E. 3

Le présent litige est soumis aux dispositions de la LAA dans leur teneur en vigueur dès le 1er janvier 2017, dès lors que l'événement concerné est survenu ultérieurement à l'entrée en vigueur desdites modifications (chiffre 1 des dispositions transitoires de la novelle du 25 septembre 2015, RO 2016 4388).

- 8 -

E. 4

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon 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 qui entraîne la mort. 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. 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, 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1). 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 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3 ; TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3, 8C_976/2012 du 28 novembre 2013 consid. 3.1; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2e éd., n° 79 p. 865).

- 9 - c) Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré 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 402 consid. 2.2, 125 V 456 consid. 5a et les références ; TF 8C_710/2008 du 28 avril 2009 consid. 2). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, 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 rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1). 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 réduites 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 s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_901/2009 du 14 juin 2010 consid. 3.2 in : SVR UV no 4 p. 2, 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2, 8C_2014/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2 et les références citées).

- 10 -

E. 5

Selon l'art. 6 al. 2 LAA, dans sa teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2017, l'assurance-accidents alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles suivantes, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie : 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.

E. 6

a) Pour pouvoir se prononcer sur le droit à des prestations, l'administration – en cas de recours, le tribunal – se base sur des documents médicaux, le cas échéant des documents émanant d'autres spécialistes, pour prendre position. La tâche du médecin consiste à évaluer l'état de santé de la personne assurée et à indiquer dans quelle proportion et dans quelles activités elle est incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 ; TF 9C_519/2008 du 10 mars 2009 consid. 2.1 et les autres références citées). En outre, les renseignements fournis par les médecins constituent une base importante pour apprécier la question de savoir quelle activité peut encore être raisonnablement exigible de la part de la personne assurée (ATF 125 V 256 consid. 4, 115 V 133 consid. 2, 114 V 310 consid. 3c ; TFA I 274/05 du 21 mars 2006 consid. 1.2 ; TF I 562/06 du 25 juillet 2007 consid. 2.1). b) L'assureur social, et le juge des assurances sociales en cas de recours, doit examiner de manière 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. S'il existe des avis 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 plutôt qu'une autre, en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. C'est

- 11 - 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 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 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assurances aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2). Il résulte de ce qui précède que les rapports des médecins employés de l'assurance sont à prendre en considération tant qu'il n'existe aucun doute, même minime, sur l'exactitude de leurs conclusions (ATF 135 V 465 consid. 4.7 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3). S'agissant enfin des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte asséurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc et les références citées ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

- 12 -

E. 7

En l'espèce, il sied de constater que l'événement du 6 mars 2017 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Aux termes de la déclaration d'accident du 20 mars 2013, l'assuré s'est tordu le genou droit en glissant sur une bordure en béton devant chez lui. Le fait de glisser sur du gravier alors qu'on se trouve sur une bordure en béton implique un mouvement brusque pour éviter la chute au sol depuis la bordure. Il s'agit-là d'un mouvement « non programmé » au sens dégagé par la jurisprudence eu égard au mouvement désordonné, involontaire, à l'instar par exemple d'un mouvement effectué par réflexe (cf. ATF 130 V 117 consid. 2.1). L'assuré a donc bien présenté une atteinte à la santé découlant d'un événement extérieur soudain et imprévisible, au sens de l'art. 4 LPGA. Le caractère accidentel de l'événement du 6 mars 2017 n'est d'ailleurs pas contesté par les parties, l'intimée spécifiant dans sa réponse au recours qu'elle ne conteste pas que le recourant a été victime d'un accident, mais seulement qu'il existe un lien de causalité naturelle entre l'accident du 6 mars 2017 et les lésions au genou droit ayant conduit aux interventions chirurgicales des 8 et 23 mai 2017. L'intimée ne conteste pas que l'accident ait décompensé provisoirement un état préexistant (cf. rapport de la Dresse V. _____ du 27 septembre 2017)

E. 8

a) Le recourant allègue la persistance d'atteintes à la santé d'origine accidentelle en se référant à l'avis du Dr P. _____, arguant en particulier que la déchirure méniscale verticale constatée lors de l'arthroscopie du 20 mars 2017 est en lien de causalité avec l'accident du 6 mars 2017. Il estime dès lors que la CNA doit continuer à servir ses

prestations au-delà du 7 mai 2017, en prenant notamment en charge les opérations chirurgicales des 8 et 23 mai 2017 ainsi que l'incapacité de travail qui en a découlé. b) Le recourant ne saurait toutefois être suivi dans son argumentation. Dans son rapport du 13 juin 2017, la Dresse V. _____ a estimé que les troubles constatés n'étaient plus en lien de causalité probable avec l'accident, la causalité n'étant tout au plus que possible.

- 13 - Elle a considéré que les atteintes présentes au genou droit étaient clairement de nature malade, puisque les lésions étaient dégénératives et présentes de longue date. Dans un avis complémentaire du 27 septembre 2017, la Dresse V. _____ a confirmé que l'assuré présentait des lésions dégénératives très importantes au genou droit. Elle a estimé que la simple glissade dont il avait été victime n'était pas de nature à entraîner de telles lésions, lesquelles n'étaient pas apparues des suites de l'accident, mais étaient au contraire présentes depuis des années. La Dresse V. _____ en a conclu que la glissade avait tout au plus décompensé de manière très passagère un état préexistant dont la nature dégénérative était indiscutable, et que l'accident avait totalement cessé de déployer ses effets au plus tard le 8 mai 2017. Le lien de causalité entre les troubles ayant nécessité les interventions chirurgicales litigieuses et l'accident était au mieux possible, mais en aucun cas certain, ni même probable. L'appréciation de la Dresse V. _____ est convaincante et il ne se trouve au dossier aucun élément de nature à la remettre sérieusement en cause. Au contraire, ses conclusions sont corroborées par l'avis de la Dresse J. _____. En particulier, les griefs du recourant à l'encontre des conclusions de la médecin d'arrondissement se révèlent infondés, pour les motifs exposés ci-après. c) aa) C'est en effet tout d'abord à tort que le recourant soutient que le fait qu'il n'ait jamais nécessité de traitement en lien avec son genou droit plaide en faveur d'une origine accidentelle des lésions constatées. Certes, le Dr P. _____ a confirmé cette absence d'antécédent dans un certificat du 7 août 2017. Cependant, de jurisprudence constante, 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 événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3, 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). L'argument du recourant convainc d'autant moins en l'espèce qu'il a déjà été opéré en 2016 du genou gauche. Selon les indications fournies par le Dr X. _____,

- 14 - qui a également procédé à cette première opération, il s'agissait d'une intervention similaire à celle proposée pour le genou droit, dont le patient avait été satisfait (cf. rapport du Dr X. _____ du 1er mai 2017 au Dr P. _____). bb) De même, le recourant ne saurait être suivi lorsque, se fondant sur l'avis de son médecin traitant du 16 octobre 2017, il affirme que le sens vertical dans lequel son ménisque s'est déchiré permettrait d'attribuer à la lésion une origine accidentelle. Dans son appréciation chirurgicale du 9 janvier 2018, la Dresse J. _____ a réfuté de manière convaincante la position du Dr P. _____ à cet égard. Procédant à une étude circonstanciée des clichés d'IRM du 20 mars 2017, qu'elle a mis en parallèle avec des images de comparaison, la Dresse J. _____ a relevé qu'à deux petites semaines de l'événement, l'IRM avait mis en évidence une gonarthrose tricompartmentale prédominant sur le compartiment fémoro-tibial interne avec pincement de l'interligne et œdème sous-chondral fémoro-tibial interne, une chondropathie diffuse prédominant au niveau fémoro-patellaire de grade IV et conjointement une atteinte dégénérative des ménisques interne et externe, cette atteinte étant plus marquée au niveau du ménisque interne qui comprenait plusieurs déchirures d'aspect dégénératif. Elle a

expliqué qu'alors qu'un ménisque normal présente une corne antérieure et postérieure clairement délimitées, chez l'assuré, la corne antérieure était encore distinguable mais irrégulière, alors que la corne postérieure était grise mouchetée et méconnaissable, ce qui démontrait une atteinte complexe du ménisque interne. Quant à l'image de face, elle permettait d'objectiver un pincement articulaire qui ne laissait plus de place au ménisque et qui n'était pas la conséquence d'un traumatisme, mais d'un processus d'usure. S'agissant plus particulièrement de l'avis du Dr P. _____ du 16 octobre 2017, la Dresse J. _____ a expliqué que l'assuré connaissait un pincement articulaire interne de son genou droit, conjointement à une extrusion méniscale interne, signant une atteinte dégénérative du compartiment interne du genou droit. Cette atteinte touchait aussi bien le cartilage que le ménisque et pouvait être considérée comme évoluée. Si la

- 15 - Dresse J. _____ concédait que, d'une manière générale, la lésion du ménisque chez un jeune patient était principalement traumatique, elle estimait que, quel que soit l'âge du patient, jeune ou moins jeune, il résultait d'un traumatisme une lésion circonscrite facilement identifiable et non une structure pratiquement méconnaissable ou difficilement objectivable comme c'était le cas en l'espèce. De cela découlait qu'un ménisque qui n'était plus clairement délimité comme celui de l'assuré était un ménisque usé. En présence d'une telle usure avancée, il n'était pas rare que le ménisque présente des remaniements apparentés à des clivages/déchirures, ces clivages pouvant être horizontaux, verticaux, longitudinaux ou radiaires. La Dresse J. _____ en a conclu que l'adage utilisé par le Dr P. _____, selon lequel une déchirure verticale serait principalement traumatique, n'était pas opportun, car il omettait de prendre en considération le contexte particulier. La Dresse J. _____ a encore relevé que l'atteinte verticale avait été décrite par le Dr X. _____ le 8 mai 2017 mais n'avait pas été documentée par ce chirurgien. Quant au Dr G. _____, il avait fait état de plusieurs déchirures d'aspect dégénératif marqué, sans les décrire, précisant qu'il avait constaté un ménisque interne dégénératif, déchiré et extrus. En conclusion de son appréciation, la Dresse J. _____ a estimé que l'important remaniement constaté, associé à l'extrusion du ménisque interne et au pincement articulaire étaient signe d'une atteinte dégénérative complexe et avancée, qui ne pouvait pas être apparue en l'espace de deux semaines. Elle a ainsi considéré que l'argumentation du Dr P. _____ ne remettait pas en cause les conclusions de la Dresse V. _____ et que les troubles présentés par l'assuré qui avaient conduit aux interventions chirurgicales litigieuses n'étaient pas en lien de causalité certaine ni même probable avec l'événement du 6 mars 2017. Alors que le Dr P. _____ se limite à affirmer, sans véritable motivation, dans son très bref rapport du 16 octobre 2017 que : « la déchirure du ménisque, dans ce cas était verticale, analogue à cette connue chez le jeune, donc pour moi un accident (mais pas pour la SUVA puisque le patient est vieux) », la Dresse J. _____ s'est prononcée de

- 16 - manière détaillée dans son appréciation chirurgicale du 9 janvier 2018, motivant de façon circonstanciée les raisons pour lesquelles l'avis du Dr P. _____ ne pouvait pas être retenu, ainsi que celles pour lesquelles les conclusions de la Dresse V. _____ s'imposaient. L'avis du Dr P. _____, même lu conjointement à l'étude citée par le recourant, ne suffit ainsi pas faire naître des doutes, même faibles, quant à la fiabilité et la pertinence de l'appréciation des médecins de la CNA, lesquelles emportent la conviction de la Cour. C'est en outre sans fondement que le recourant fait grief à la Dresse J. _____ de s'être limitée à des explications générales sur la fonction du ménisque d'un point de vue anatomique et physiologique, avec une discussion sur les diverses atteintes possibles et la

confusion qui existe dans la littérature à ce sujet. Si la Dresse J._____ s'est en effet exprimée sur ces différents points théoriques, c'était pour les mettre en lien avec une analyse fouillée de la situation personnelle du recourant, ce qui lui a permis de démontrer à satisfaction que les troubles présentés par l'intéressé qui avaient motivés les interventions chirurgicales des 8 et 23 mai 2017 n'étaient plus en lien de causalité certaine ni même probable avec l'accident du 6 mars 2017. Les avis des Dresses V._____ et J._____ doivent ainsi se voir reconnaître pleine valeur probante et c'est sans fondement que le recourant leur reproche une motivation médicale insuffisante sur la question de la causalité naturelle. cc) On remarquera également que le recourant se méprend lorsqu'il comprend que, de l'avis de l'intimée, la lésion du ménisque serait de toute manière survenue après l'accident (cf. acte de recours p. et réplique du 13 février 2018 p. 2). C'est ainsi en vain qu'il s'interroge sur ce qui aurait pu concrètement provoquer cette lésion dans les deux mois suivants l'accident et qu'il fait grief à la CNA de ne pas avoir motivé son point de vue à cet égard. Selon l'intimée, qui ne saurait être contredite sur ce point compte tenu des éléments médicaux au dossier, la déchirure du ménisque était au contraire préexistante à l'accident (cf. rapport du 27 septembre 2017 de la Dresse V._____ : « une simple glissade ne peut pas entraîner de telles lésions, qui sont déjà présentes depuis des années » ; appréciation de la Dresse J._____ du 9 janvier 2018 p. 9 : «

- 17 - (...) Monsieur T._____ présente une atteinte complexe du ménisque interne droit, sous forme d'un remaniement/ usure et d'une extrusion qui ne peuvent pas être apparus en l'espace de deux semaines »). L'intimée met ainsi fin à ses prestations en estimant que le status quo ante est atteint, et non sur le constat d'un status quo sine. dd) Enfin, les « éléments de langage » dénoncés par le recourant (cf. acte de recours p. 4, concernant les notions de lien de causalité probable/possible) ne sont en réalité que l'expression, non critiquable et usuelle, du principe de la vraisemblance prépondérante en assurance-accidents. Selon ce principe général applicable en manière d'assurances sociales, l'administration ou le juge fonde sa décision sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, il convient de retenir ceux qui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193 consid. 2 et les références citées). C'est ainsi qu'en assurance-accidents, lorsque l'existence d'un rapport de causalité entre l'accident et le dommage n'est que possible, et non probable, on ne peut retenir qu'il est établi au degré de la vraisemblance prépondérante. En l'occurrence, comme développé supra, les Dresses V._____ et J._____ ne sont prononcées de manière probante sur la question de la causalité, en respect des principes applicables à cet égard. Leur conclusion dans le sens de l'absence de causalité certaine ni même probable est motivée à satisfaction. En l'absence d'autres éléments médicaux objectifs propres à mettre en doute la fiabilité de leur appréciation selon lesquelles l'effet délétère de l'accident est à considérer comme éteint au 8 mai 2017, la Cour de céans n'a pas de raison de s'en écarter. d) Il ressort des éléments qui précèdent que l'accident du 6 mars 2017 a décompensé un état préexistant de nature dégénérative, au sens de l'art. 36 al. 1 LAA. Cette décompensation n'a été que

- 18 - passagère, et au plus tard le 8 mai 2017, le status quo ante a été atteint, ce qui a interrompu le lien de causalité naturelle entre l'accident et les atteintes ayant conduit aux interventions chirurgicales litigieuses et à l'incapacité de travail qui s'en est suivie. Il y a

ainsi lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions au genou droit subsistant au-delà du 7 mai 2017 ne peuvent pas être rattachées à l'accident du 6 mars 2017, mais sont d'origine exclusivement dégénérative. C'est ainsi à juste titre que l'intimée a refusé d'allouer des prestations au-delà du 7 mai 2017, date à laquelle l'entorse provoquée par l'accident avait cessé de déployer ses effets.

E. 9

Le recourant s'appuie également sur l'art 6 al. 2 LAA. Cette disposition ne lui est toutefois d'aucun secours, dès lors qu'elle ne permet l'allocation de prestations de l'assurance-accidents pour les lésions semblables aux conséquences d'un accident (parmi lesquelles figurent les déchirures du ménisque [art. 6 al. 2 let. c LAA]) que pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou la maladie. Or en l'occurrence, comme il a été démontré à satisfaction supra, les atteintes ayant nécessité les interventions chirurgicales des 8 et 23 mai 2017 étaient dues de manière tout au moins prépondérante à un état dégénératif, en présence d'une usure avancée du ménisque, l'accident ayant cessé de déployer ses effets au plus tard le 7 mai 2017.

E. 10

Si l'assureur ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu de rechercher d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 131 I 153 consid. 3 ; 125 I 127 consid. 6c/cc). Une telle manière de procéder ne viole pas en tant que telle, les garanties de procédure (ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 119 V 335 consid. 3c ; TF 9C_382/2008 du 22 juillet 2008 consid. 3 et les références citées).

- 19 - En l'occurrence, les faits pertinents ayant pu être constatés à satisfaction de droit, le dossier est suffisamment complet pour permettre à la Cour de statuer en pleine connaissance de cause. Il n'y a dès lors pas lieu de donner suite à la requête d'expertise formulée par le recourant. Une telle mesure d'instruction ne serait en effet pas de nature à modifier les considérations qui précèdent.

E. 11

a) Il résulte de ce qui précède que le recours interjeté par T._____ se révèle mal fondé et doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition attaquée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens dès lors que le recourant n'obtient pas gain de cause (art. 55 LPA-VD ; cf. art. 61 let. g LPGA).

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