

VD_GERICHTE ZA18.004634 vom 8. Januar 2019

VD Tribunal cantonal, 2019-01-08, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.004634

FR: VD_GERICHTE ZA18.004634 du 8 janvier 2019

IT: VD_GERICHTE ZA18.004634 del 8 gennaio 2019

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 (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 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.

E. 2

a) En l'occurrence, est litigieuse la question de savoir si c'est à bon droit que la CNA a refusé la prise en charge des suites de la rechute invoquée par le recourant. b) On précisera que les modifications introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015, entrée en vigueur le 1er janvier 2017 et modifiant diverses dispositions de la LAA, ne sont pas applicables au cas d'espèce, vu la date de l'accident assuré (cf. ch. 1 des dispositions transitoires relatives à cette modification [RO 2016 4388]).

E. 3

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, si la loi n'en dispose pas autrement, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

- 8 - b) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 129 V 402 consid. 4.3.1, 119 V 335 consid. 1 et 118 V 286 consid. 1b avec les références citées ; TF 8C_727/2016 du 20 octobre 2017 consid. 3). Savoir si l'évènement 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 (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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 doit être

nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_135/2014 du 24 février 2015 consid. 3 ; FRÉSARD/MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, Bâle 2016, 3e éd., n° 104 p. 929). c) Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable 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, 129 V 402 consid. 2.2 et 125 V 456 consid. 5a avec les références). 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

- 9 - 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).

E. 4

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 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 ; ATF 115 V 133 consid. 2). 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 (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4). D'après la jurisprudence, le juge peut accorder valeur probante aux rapports 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,

- 10 - 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 assécurologique. 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).

E. 5

a) En l'espèce, est litigieuse l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'événement du 6 décembre 2012 et les lésions au genou gauche ayant conduit à l'intervention du 19 novembre 2015, le caractère accidentel de cet événement n'étant pas contesté. Le recourant allègue la persistance de douleurs au genou gauche depuis l'accident, ainsi que l'absence d'un autre événement accidentel depuis le 6 décembre 2012. Se référant à l'avis de ces médecins traitants, il argue en particulier que les lésions au ligament croisé antérieur gauche, ayant conduit à l'intervention du 19 novembre 2015, sont en lien de causalité naturelle avec l'accident du 6 décembre 2012 et estime dès lors que la CNA doit prendre en charge les frais de ladite intervention. b) Le recourant ne saurait toutefois être suivi dans son argumentation. Dans son rapport du 7 janvier 2016, le Dr C. _____, a estimé que les troubles constatés n'étaient pas en lien de causalité probable avec l'accident. Il a considéré que les médecins ayant examiné l'assuré à l'Hôpital Z. _____ n'avaient relevé aucune atteinte au genou gauche et que l'assuré avait recommencé à jouer au football, ce qui était incompatible avec une blessure ligamentaire. Dans un avis

- 11 - complémentaire du 20 septembre 2017, le Dr C. _____ a relevé que le rapport d'IRM du 5 février 2015 démontrait un ligament croisé antérieur sain. L'appréciation du Dr C. _____ est convaincante et il se ne trouve au dossier aucun élément de nature à le remettre sérieusement en cause. Au contraire, ses conclusions sont corroborées par les résultats de l'arthroscopie effectuée en 2013 par le Dr D. _____, laquelle avait mis en évidence un ligament croisé antérieur sain. L'inexpérience de ce dernier pointée par le recourant ne saurait être retenue dès lors qu'il est spécialiste en chirurgie orthopédique. En particulier, les griefs du recourant à l'encontre des conclusions du médecin d'arrondissement se révèlent infondés, pour les motifs exposés ci-après. c) C'est en effet tout d'abord à tort que le recourant soutient que le fait qu'il n'ait jamais ressenti de douleurs au genou gauche avant l'accident du 6 décembre 2012 – et que dites douleurs soient apparues consécutivement à celui-ci – plaide en faveur d'un lien de causalité naturelle entre ces deux événements. Certes le Dr M. _____, médecin traitant, a confirmé l'absence d'antécédents dans un certificat du 15 février 2016. 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 » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_403/2012 du 19 juin 2012 consid. 3.3 ; TF 8C_42/2009 du 1er octobre 2009 consid. 2.2). L'argument du recourant convainc d'autant moins en l'espèce qu'aucun des médecins ne suivait le recourant à l'époque de l'événement accidentel. En particulier, le Dr W. _____ a commencé à suivre l'assuré pour des douleurs au genou à compter du 3 novembre 2015 (cf. rapport du 8 février 2016). Quant au Dr M. _____, on peut douter qu'il suivait l'assuré en 2012, ce dernier étant suivi alors par le Dr Q. _____. En outre, il est patent que l'intéressé a subi, suite à l'accident du 6 décembre 2012, une lésion méniscale. Il ne peut ainsi être exclu que les douleurs ressenties soient dues à cette atteinte.

- 12 - De même, le recourant ne saurait être suivi lorsqu'il soutient que les constatations de l'inspecteur U. _____ quant à la reprise d'une activité sportive sont erronées. Il appartenait en effet au recourant de contester en temps voulu la teneur du rapport d'enquête à domicile de la CNA, ce qu'il n'a manifestement pas fait. On relèvera également que les

constats de l'inspecteur de la CNA ne font aucunement état de douleurs au genou, les plaintes de l'assuré concernant uniquement sa cheville droite et son épaule gauche. Enfin, les « éléments de langage » dénoncés par le recourant (cf. mémoire de recours, pp. 7 et 8) ne sont en réalité que l'expression, non critiquable et usuelle, du principe de la vraisemblance prépondérante en assurance-accidents. Les termes de « globalement respectés », en référence aux ligaments du genou, sont parfaitement usuels dans le domaine médical et ne sauraient traduire une quelconque atteinte. Au contraire, ce vocabulaire démontre le caractère parfaitement sain de l'organe en question, eu égard à l'âge et au mode de vie de l'intéressé. Partant, le Dr C. _____ s'est prononcé de manière probante sur la question de la causalité, en respect des principes applicables à cet égard. Sa conclusion dans le sens de l'absence de causalité certaine ni même probable est motivée à satisfaction. La lecture pour le moins personnelle des pièces médicales au dossier proposée par le conseil du recourant ne saurait mettre en doute la fiabilité de cette appréciation, dont la Cour de céans n'a aucune raison de s'écarter. Les rapports médicaux sur lesquels s'est appuyé le Dr C. _____ pour conclure à l'absence de lien de causalité sont très clairs et font état de ligaments croisés globalement respectés, respectivement de sain. Une autre interprétation de ces termes ne saurait être suivie. d) Au vu de ce qui précède, il y a lieu de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que les lésions ligamentaires au genou gauche, ayant conduit à l'intervention chirurgicale du 19 novembre 2015, ne peuvent pas être rattachées à l'accident du 6 décembre 2012. C'est

- 13 - ainsi à juste titre que l'intimée a refusé de prendre en charge les frais y relatifs.

E. 6

a) Au vu de ce qui précède, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, 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. 61 let. g LPGA). c) Par décision du juge instructeur du 2 mars 2018, le recourant a été mis au bénéfice de l'assistance judiciaire avec effet au 1er février 2018 et a obtenu à ce titre la commission d'un avocat d'office en la personne de Me Olivier Carré. Ce dernier a produit sa liste des opérations le 26 novembre 2018. Ces opérations étant justifiées, l'indemnité de Me Carré est arrêtée à 2'982 fr. 10 (débours et TVA compris). La rémunération de l'avocat d'office est provisoirement supportée par le canton, le recourant étant rendu attentif au fait qu'il est tenu d'en rembourser le montant dès qu'il sera en mesure de le faire (art. 123 al. 1 CPC [code de procédure civile du 19 décembre 2008 ; RS 272], applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Il incombe au Service juridique et législatif de fixer les modalités de ce remboursement (art. 5 RAJ).

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