

VD_GERICHTE ZA19.011044 vom 10. Juni 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-06-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA19.011044

FR: VD_GERICHTE ZA19.011044 du 10 juin 2020

IT: VD_GERICHTE ZA19.011044 del 10 giugno 2020

Erwägungen

E. 26

septembre 2017, son obligation de prendre en charge les suites de ces atteintes au motif qu'elles constituaient une rechute. Dans ces conditions, l'intimée ne peut plus refuser de prester au motif que les atteintes à la

- 22 - santé constatées dès le mois d'octobre 2016 ne constitueraient pas une rechute de l'accident survenu en 1995, mais les conséquences d'un événement accidentel ultérieur, à la charge de la Caisse Z._____. 5. Cela étant, l'intimée a nié l'origine accidentelle des lésions au genou gauche de l'assuré, pour lesquelles son employeur a annoncé une rechute, en se référant aux constatations du Dr F._____. Le recourant se réfère pour sa part, principalement, à l'avis de la Dre L._____ et du Dr P._____. Il conteste toute valeur probante à l'expertise du Dr F._____. 6. a) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux 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 exprimées par 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 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_877/2018 du 24 juillet 2019 consid. 5). 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

- 23 - 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). 7. a) En l'espèce, après avoir mandaté le Dr Q._____ pour une première expertise, l'intimée a choisi de confier au Dr F._____ une seconde expertise. Elle ne donne aucune

explication – et on les cherche en vain au dossier – sur les motifs pour lesquels elle n’a pas simplement demandé un complément d’expertise au Dr Q._____. Ce changement d’expert en cours de procédure, sans aucun motif objectif, prête à discussion. b) Sur la forme, le Dr F._____ fait état, en première et dernière pages de son expertise, juste sous sa signature, d’un statut d’« Expert judiciaire près du Tribunal de Genève (Genève) et Lausanne (Vaud) » et, entre autres, d’« Expert en capacité de travail ». Ces désignations ne paraissent correspondre à aucun titre reconnu en Suisse. En particulier, il n’y a pas de liste d’experts agréés auprès du Tribunal cantonal vaudois ou du Tribunal d’arrondissement de Lausanne. Il est maladroit, dans ce contexte, de laisser entendre que l’expert figurerait sur une telle liste, quand bien même il n’est pas exclu qu’il ait été désigné comme expert dans l’un ou l’autre dossier. Cette maladresse reste sans influence sur l’appréciation de la valeur probante de l’expertise, qui ne se verra pas reconnaître une valeur probante accrue au motif que l’expert aurait déjà été désigné, par le passé, par l’un ou l’autre tribunal. c) Sur le fond, l’expertise réalisée par le Dr F._____ ne convainc pas. En ce qui concerne l’absence de lien de causalité entre l’accident de 1995 et la plastie ligamentaire pratiquée à l’époque, d’une part, et la rupture complète du transplant ligamentaire, d’autre part, les explications du Dr F._____ sont contradictoires. En effet, il expose que l’on doit exclure toute erreur chirurgicale initiale, compte tenu de la durée

- 24 - d’efficacité de la plastie ligamentaire, dans le contexte de professions physiquement lourdes et estime qu’en cas d’erreur chirurgicale, le greffon n’aurait pas résisté aux importantes contraintes mécaniques qu’il a subies. Le Dr F._____ en conclut très rapidement que « la seule possibilité de solution de continuité du transplant serait donc de nature traumatique », avant d’exclure une telle origine traumatique en l’absence de nouvel accident documenté au dossier. Le Dr F._____ en conclut également, de manière inexplicable, que de ce fait, une « relation de causalité de nature accidentelle ne peut pas être retenue pour la solution de continuité du greffon ligamentaire de 1995. En d’autres termes, le Dr F._____ admet d’emblée, dans un premier temps, que le transplant ligamentaire n’a pu céder qu’en raison d’un traumatisme, avant d’exclure une origine traumatique faute de documentation d’un tel traumatisme au dossier. Le Dr F._____ ne paraît pas envisager que le greffon ligamentaire a pu céder en raison de l’usure, compte tenu précisément des contraintes physiques lourdes subies par l’assuré dans son métier. Une telle explication est celle que le Dr Q._____ considère comme la plus vraisemblable, quand bien même il envisage également que le greffon ait pu céder lors d’une chute en forêt en 2015, estimant toutefois cette hypothèse comme la moins probable. Quoi qu’il en soit, dans les deux cas, force est de constater que le greffon mis en place lors de la plastie ligamentaire réalisée ensuite de l’accident de 1995 n’a pas tenu et qu’il avait quasiment disparu en 2017, selon les observations du Dr P._____ lors de l’arthroscopie pratiquée en mai 2017. On ne saurait, dans ces conditions, nier le lien de causalité entre la plastie ligamentaire nécessitée par l’accident de 1995 et la rupture ultérieure du greffon qui avait été mis en place. c/ aa) Le Dr F._____ fait ensuite état d’atteintes dégénératives au genou gauche. Il admet comme cause partielle de ces atteintes la plastie ligamentaire pratiquée en 1995, mais estime que ce facteur a moins d’influence que d’autres facteurs tels que l’état préexistant (genou en varus), une atrophie musculaire de la cuisse, la rupture du greffon du ligament croisé antérieur et le tabagisme important du recourant. En se fondant sur ce constat pour nier son obligation de

- 25 - prester, l'intimée méconnaît clairement l'art. 36 al. 1 et 2 LAA. Une causalité accidentelle partielle, fût-elle de moins de 50 % comme le constate le Dr F. _____, suffit à entraîner une obligation de prester pour l'assurance-accident. Pour ce motif déjà, il convient de d'admettre l'existence d'un lien de causalité entre l'accident de 1995 et les lésions dégénératives constatées dès octobre 2016, ainsi que l'obligation de prester de l'intimée en relation avec ces lésions. bb) Indépendamment de ce qui précède, l'appréciation du Dr F. _____ ne convainc pas lorsqu'il évalue à moins de 50 % le rôle du status post-plastie ligamentaire en 1995 dans les lésions dégénératives constatées en 2016. L'expert commence en effet par admettre qu'une déchirure du ligament croisé antérieur, même suivie d'une plastie ligamentaire, favorise la survenance de lésions dégénératives. Or, on observera que le Dr K. _____ avait lui-même constaté, en 1998, que la greffe du ligament croisé était peu tendue, quand bien même elle se tendait correctement en tiroir inférieur. Il avait également observé des formations cicatricielles se prolongeant jusque sur les cornes antérieures des ménisques interne et externe, ainsi qu'une chondromalacie de stade I- II de la facette interne en arrière de la rotule. Il avait expressément mentionné le risque d'un dommage permanent sous la forme d'une arthrose post-traumatique à long terme. A ce stade, le Dr F. _____ réduit ce constat à celui d'une simple « augmentation du risque statistique d'apparition de lésions du cartilage au genou ». Par opposition, il expose qu'« à l'inverse, sont avérés et actifs le tabagisme ancien, chronique et persistant, l'insuffisance de la musculature quadricipitale et le genu varum gauche, ainsi que la rupture de la reconstruction ligamentaire. » Il n'y a toutefois aucune raison de considérer que ces autres facteurs de risque seraient davantage avérés et actifs que la rupture du ligament croisé antérieur et sa reconstruction en 1995. cc) Par ailleurs, parmi ces autres facteurs de risque, la rupture de la reconstruction ligamentaire est en lien de causalité avec l'événement de 1995, comme d'ailleurs, selon toute vraisemblance, l'insuffisance de la musculature quadricipitale. Sur ce point, le Dr

- 26 - F. _____ paraît reprocher au recourant une violation de son obligation de réduire le dommage, pour n'avoir pas suffisamment cherché à remuscler sa cuisse gauche. Or, d'une part, il n'appartient pas à l'expert de tirer les conclusions d'une violation par l'assuré de l'obligation réduire son dommage, d'autre part, une telle violation n'est aucunement avérée. En effet, aucune pièce au dossier n'indique que le recourant ne se serait pas soumis aux exercices à domicile ou à la physiothérapie prescrits par ses médecins. Enfin, on rappellera que l'insuffisance de la musculature quadricipitale avait déjà été constatée par le Dr K. _____ en 1998 et qu'elle peut très bien s'expliquer, en partie tout au moins, par l'épargne de son membre inférieur gauche par l'assuré depuis l'accident de 1995 (cf. courrier électronique du 29 octobre 2018 du Dr P. _____ à l'attention du conseil du recourant, ainsi que rapport établi le 4 juillet 2019 par ce même médecin). dd) Toujours parmi ces autres facteurs de risque, le Dr F. _____ accorde une importance particulière à un genou en varus, qui serait antérieur déjà à l'accident de 1995. L'expert a constaté cette atteinte lors de son examen clinique et ne fait que la mentionner, sans aucune autre précision, lors de sa description de son examen en p. 6 de l'expertise. Le Dr Q. _____ avait pour sa part observé lors de son examen clinique un « morphotype légèrement en varus avec une distance intercondylienne debout de 1,5 cm ». Contrairement à ce que laisse entendre le Dr F. _____ en p. 18 de son expertise, le Dr P. _____ n'a pas constaté de genou gauche en varus. Le seul fait qu'il ait envisagé une éventuelle ostéotomie ou la pose d'une prothèse de genou, dans une lettre du 13 juin 2018 à l'intimée ne permet pas de lui attribuer un tel constat. Aucun autre médecin n'a fait état d'un genou en varus et le Dr

F._____ admet, en p. 12 de son expertise, que sa constatation d'un genou en varus à l'examen clinique doit être précisée par une évaluation chiffrée des longs axes des membres inférieurs, par une mesure radiographique en charge. Il a ordonné cet examen, pratiqué le 3 mai 2018 par le Dr [...]. Or cet examen n'a pas confirmé un genou en varus. Au contraire, ce dernier médecin a constaté l'absence de genou en varus ou en valgus (cf. rapport du 4 mai 2018). De manière incompréhensible, et

- 27 - sans aucune explication, le Dr F._____ rapporte ce constat en p. 40 de son expertise, sans en tirer les conséquences quant à son analyse de l'origine des troubles dégénératifs du genou du recourant. ee) Compte tenu des contradictions et des éléments mentionnés ci-avant, on ne saurait accorder de valeur probante au constat du Dr F._____ relatif à l'origine non accidentelle prépondérante des atteintes à la santé litigieuses. d) Parmi les autres avis médicaux au dossier, la Dre L._____ a attribué les atteintes constatées en 2016 à une rechute de l'accident de 1995 et de la plastie ligamentaire qui a suivi. Le Dr K._____ avait estimé qu'il fallait compter avec un risque d'arthrose post-traumatique à long terme. Enfin, le Dr P._____ a exposé que l'instabilité du genou gauche du recourant sur insuffisance du ligament croisé antérieur était, de manière certaine, d'origine accidentelle. La seule question qui se posait était de savoir si le recourant présentait une instabilité résiduelle après la plastie ligamentaire de 1995 ou s'il avait subi ultérieurement un nouvel accident. Un tel accident n'a pas pu être clairement établi, comme on l'a vu, même s'il est possible qu'il soit survenu lors d'une chute en 2015. Quoi qu'il en soit, cela n'exclurait pas le premier accident, comme cause partielle du dommage. Par ailleurs, le Dr Q._____ observe que selon les constatations lors de l'arthroscopie pratiquée en 2017, le ligament croisé antérieur ne subsistait presque plus et une bonne partie du ménisque était absente, ce qui parlait plutôt en faveur d'une évolution défavorable de l'accident de l'opération de 1995. Il estime que les troubles dégénératifs cartilagineux sur le condyle fémoral interne constatés en 2016 sont avec une quasi-certitude en relation avec l'instabilité du genou et avec les séquelles au niveau du ménisque interne. Il ajoute de manière convaincante que contrairement à ce que soutient le Dr F._____, il est possible de faire des travaux lourds même avec une plastie du ligament croisé antérieur, sans que l'on puisse en conclure que « la plastie est ok et qu'il n'y aura pas de séquelles ultérieures » (courrier électronique du 29 octobre 2018 du Dr P._____ à l'attention du conseil du recourant, ainsi que rapport établi le 4 juillet 2019 par ce même médecin).

- 28 - Au vu de ce qui précède et des avis concordants de la Dre L._____ et du Dr P._____, il convient de constater que les atteintes du genou gauche constatées en octobre 2016 et traitées par arthroscopie en mai 2017 sont, au degré de la vraisemblance prépondérante, en lien de causalité avec l'accident subi en 1995 et la plastie ligamentaire pratiquée ensuite de cet accident. Elles en constituent des séquelles tardives et l'intimée est donc tenue de prendre en charge les suites de ces atteintes. 8. a) L'assuré totalement ou partiellement incapable de travailler à la suite d'un accident a droit à une indemnité journalière (art. 16 al. 1 LAA). Le droit naît le troisième jour qui suit celui de l'accident ; il s'éteint dès que l'assuré a recouvré sa pleine capacité de travail, dès qu'une rente est versée ou dès que l'assuré décède (art. 16 al. 2 LAA). b) Aux termes de l'art. 18 al. 1 LAA, si l'assuré est invalide à 10 % au moins par suite d'un accident, il a droit à une rente d'invalidité, pour autant que l'accident soit survenu avant l'âge ordinaire de la retraite. Le droit à la rente prend naissance dès qu'il n'y a plus à attendre de la continuation du traitement médical une sensible amélioration de l'état de l'assuré – ce par quoi il faut

entendre l'amélioration ou la récupération de la capacité de travail (ATF 134 V 109 consid. 4.3 ; TF 8C_202/2017 du 21 février 2018 consid. 3) – et que les éventuelles mesures de réadaptation de l'assurance-invalidité ont été menées à terme. Le droit au traitement médical et aux indemnités journalières cesse dès la naissance du droit à la rente (art. 19 al. 1 LAA). c) Selon l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. Conformément à l'art. 36 al. 1 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera

- 29 - avec au moins la même gravité pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave. Cette disposition de l'ordonnance a été jugée conforme à la loi en tant qu'elle définit le caractère durable de l'atteinte (ATF 133 V 224 consid. 2.2). 9. a) En l'occurrence, l'intimée a versé des indemnités journalières ensuite de l'incapacité de travail de l'assuré jusqu'au 31 janvier 2018. A cette date, on doit admettre que l'état de santé de l'assuré était stabilisé. Selon les éléments qui ressortent du dossier, le traitement médical du genou était en effet achevé. Le Dr P. _____ évoque certes, dans une lettre du 13 juin 2018 à l'intimée, une ostéotomie ou la pose d'une prothèse de genou, sans que l'une ou l'autre de ces interventions soit sérieusement planifiée à ce stade. Le recourant ne peut donc pas prétendre la poursuite du versement des indemnités journalières et de la prise en charge du traitement médical au-delà du 31 janvier 2018, sous réserve d'une nouvelle rechute ou séquelle tardive. b) La question se pose, en revanche, du droit à une rente et à une indemnité pour atteinte à l'intégrité. A première vue, la capacité de travail dans l'activité habituelle paraît compromise et le recourant devra se réadapter dans une activité lui permettant d'épargner son genou. Il appartiendra quoi qu'il en soit à l'intimée de désigner un expert – éventuellement le Dr Q. _____ – en vue de fixer le taux d'atteinte à l'intégrité. Elle interpellera également cet expert sur la question de la capacité résiduelle de travail du recourant dans son activité habituelle et dans une activité adaptée, au vue des atteintes constatées à son genou droit, puis procédera à une comparaison de revenus et statuera sur le droit à la rente ainsi qu'à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Il convient par conséquent de renvoyer la cause à l'intimée, dès lors que c'est à elle qu'il incombe en premier lieu d'instruire, conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales (art. 43 al. 1 LPGA).

- 30 - 10. Compte tenu de l'issue du litige, il ne sera par ailleurs pas donné suite aux mesures d'instruction requises par le recourant, soit en particulier la mise en œuvre d'une expertise judiciaire. 11. a) En définitive, le recours est admis et la décision entreprise annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour qu'elle procède dans le sens des considérants. b) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 4'400 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe. Le recourant bénéficie, au titre de l'assistance judiciaire, de la commission d'office d'un avocat en la personne de Me Nicolas Français (art. 118 al. 1 let. c CPC, applicable par renvoi de l'art. 18 al. 5 LPA-VD). Le montant des dépens arrêté ci-dessus correspond au moins à ce qui aurait été alloué au titre de l'assistance judiciaire. Partant, il n'y a pas lieu, en l'état, de

fixer plus précisément l'indemnité d'office du conseil du recourant. c) Il n'y a, pour le surplus, pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA).

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