

VD_GERICHTE ZA23.045715 vom 24. März 2025

VD Tribunal cantonal, 2025-03-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA23.045715

FR: VD_GERICHTE ZA23.045715 du 24 mars 2025

IT: VD_GERICHTE ZA23.045715 del 24 marzo 2025

Erwägungen

E. 14

juillet précédent, le Dr Q. _____ a retenu le diagnostic de probable décompensation FT [fémoro-tibiale] interne sur chondropathie grade 2-3 à la suite d'un traumatisme, avec genu varum. Il recommandait la poursuite de la physiothérapie ainsi qu'une injection intra-articulaire de viscosupplémentation. Dans un courriel du 24 juillet 2023, la CNA a indiqué à l'assuré ce qui suit : « [...] Comme déjà indiqué à plusieurs reprises, nous avons émis des réserves dans l'attente du rapport du Dr Q. _____. Nous ne manquerons pas de vous tenir informé de la suite du dossier dès que possible. [...] » Le 11 août 2023, le cas de l'assuré a été soumis au médecin-conseil de la CNA. Dans un rapport d'appréciation brève du même jour, le Dr N. _____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, est arrivé à la conclusion que l'événement du 31 mars 2023 avait entraîné une contusion du genou droit qui avait décompensé de manière passagère un état antérieur tel que décrit dans le rapport d'IRM du 20 avril 2023. Il relevait que, dès lors qu'une contusion du genou guérissait en 12 semaines chez un travailleur manuel, il y avait lieu de retenir que l'accident avait totalement cessé de déployer tous ses effets au plus tard le 30 juin 2023. Selon le spécialiste, les troubles actuels qui avaient entraîné une nouvelle incapacité de travail n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 31 mars 2023, mais en lien avec les atteintes préexistantes.

- 6 - Par décision du 14 août 2023, la CNA a mis un terme au versement des prestations au 16 juillet 2023 au soir, au motif que, selon l'appréciation médicale de son médecin-conseil, l'état de santé de l'assuré tel qu'il aurait été sans accident du 31 mars 2023 pouvait être considéré comme atteint depuis le 30 juin 2023 au plus tard. Le 22 août 2023, l'assuré s'est opposé à la décision précitée. Il a fait valoir qu'il n'avait jamais eu de douleurs ou d'inconfort aux genoux antérieurement à l'accident du 31 mars 2023. En outre, il avait bénéficié d'un arrêt de travail jusqu'au 11 août 2023 lors de la consultation, dûment autorisée par la CNA, visant à obtenir un second diagnostic, et n'avait pu reprendre une activité rémunérée que le 14 août suivant. Il demandait dès lors à percevoir les prestations de l'assurance-accidents jusqu'au 11 août 2023, en précisant que cette situation compromettrait ses moyens financiers, en particulier sa capacité à honorer ses factures et à assurer sa subsistance. Par décision sur opposition du 22 septembre 2023, la CNA a rejeté l'opposition de l'assuré et confirmé sa décision du 14 août 2023. Elle s'est à nouveau ralliée à l'avis du Dr N. _____ en précisant que les arguments évoqués par l'assuré ne permettaient pas de mettre en doute l'analyse du médecin de l'assurance. Elle a indiqué au surplus qu'elle ne pouvait pas tenir compte du fait que l'assuré n'avait retrouvé un travail qu'à partir du 14 août 2023 et prolonger le versement de l'indemnité journalière jusqu'à cette date. B. Par acte du 18 octobre 2023 adressé à la CNA, lequel a été transmis le 25 octobre 2023 à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal comme objet de sa

compétence, C. _____ a interjeté recours contre la décision sur opposition du 22 septembre 2023 de la CNA, en concluant implicitement à son annulation. En substance, il a reproché à l'assureur-accidents de lui avoir communiqué de fausses informations concernant la possibilité de consulter un deuxième médecin et quant au paiement des indemnités journalières jusqu'au 11 août 2023, en expliquant qu'il s'était retrouvé sans possibilité de rechercher du travail et

- 7 - sans paiement de l'indemnité journalière du 17 juillet au 11 août 2023, ce qui l'avait placé dans une situation financière précaire. Dans sa réponse du 15 novembre 2023, la CNA a conclu au rejet du recours, renvoyant pour l'essentiel aux considérants de sa décision sur opposition du 22 septembre 2023. Par réplique du 8 janvier 2024, l'assuré a maintenu que l'intimée, qu'il avait consulté au préalable, lui avait fait savoir qu'il était libre de consulter un deuxième médecin et qu'il ne s'agissait pas d'une décision arbitraire de sa part. Il a en outre fait valoir que la chondropathie du genou droit pouvait résulter d'un impact direct ou d'une chute sur une articulation causant des lésions localisées du cartilage, de sorte que les circonstances de l'accident avaient joué un rôle déterminant dans l'apparition de cette condition, qui n'était pas liée à un état préexistant. Dans sa duplique du 26 janvier 2024, l'intimée a derechef maintenu sa position. C. Le dossier de la cause a été repris par la juge soussignée à partir du 1er mars 2024, à la suite du départ à la retraite de la magistrate alors en charge de celui-ci. E n d r o i t : 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).

- 8 - b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès de l'intimée, qui l'a transmis d'office (art. 30 LPGA) au tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable. c) Vu la valeur litigieuse inférieure à 30'000 fr., la cause est de la compétence du juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD). 2. Le litige porte sur le point de savoir si l'intimée était fondée à mettre fin à ses prestations en lien avec l'évènement du 31 mars 2023 avec effet au 16 juillet 2023, le recourant revendiquant pour sa part le droit aux indemnités journalières pour la période du 17 juillet au 11 août 2023. 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. 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 un lien de causalité naturelle entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que le dommage ne se serait pas produit du tout ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière sans l'évènement accidentel. 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'évènement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de la personne assurée,

c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine

- 9 - qua non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références citées). 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_140/2021 du 3 août 2021 consid. 3.5). 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 (TF 8C_117/2020 du 4 décembre 2020 consid. 3.1). 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références). 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). 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 148 V 138 consid. 5.1.1 et les références citées). En matière de troubles physiques, la causalité adéquate se confond pratiquement avec la causalité naturelle (ATF 140 V 356 consid. 3.2 et la référence citée ; TF 8C_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.2).

- 10 - 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 à celui qui existait immédiatement avant l'accident (statu quo ante) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine). A l'inverse, 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 (ATF 146 V 51 consid. 5.1 et les références citées ; TF 8C_331/2024 du 29 novembre 2024 consid. 4.2). 4. 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,

- 11 - 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_510/2020 du 15 avril 2021 consid. 2.4). b) 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). c) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). 5. a) En l'espèce, le recourant fait grief à l'intimée d'avoir mis un terme à la prise en charge des suites de l'accident du 31 mars 2023 au 16 juillet 2023, au motif que ses troubles au genou droit n'étaient, au-delà de cette date, plus en lien de causalité naturelle avec cet événement. b) Dans son rapport du 25 avril 2023, le Dr B._____ a retenu le diagnostic d'entorse de grade I du ligament latéral interne (LLI) du

- 12 - genou droit et noté la présence à l'IRM d'une chondropathie focale de grade II/III du condyle fémoral médial, d'une infiltration œdémateuse du muscle vaste interne, ainsi que d'une anomalie au niveau de l'insertion du LLI. Ce spécialiste a par ailleurs estimé, au vu de l'absence d'œdème autour de la chondropathie au niveau osseux, que ladite lésion était très probablement ancienne. Dans son rapport du 13 juillet 2023, il a confirmé ce constat et a considéré, au vu de l'évolution clinique favorable de l'assuré, dont les douleurs résiduelles étaient toutefois non-invalidantes et peu intenses, qu'il était apte à reprendre le travail à 100 % dès le 17 juillet 2023. Dans son appréciation du 11 août 2023, le Dr N._____, médecin-conseil de l'intimée, a considéré, sur la base des examens d'imagerie au dossier ainsi que des rapports du Dr B._____, que l'accident du 31 mars 2023 avait entraîné une décompensation transitoire d'un état antérieur – tel que décrit par le rapport d'IRM du 20 avril 2023 et par le Dr B._____ – et que, dès lors qu'une contusion du genou guérissait en 12 semaines chez un travailleur manuel, il y avait lieu de retenir que l'accident avait totalement cessé de déployer tous ses effets au plus tard le 30 juin 2023. Il concluait que les troubles qui avaient entraîné une nouvelle incapacité de travail, délivrée par le Dr Q._____, n'étaient pas en lien de causalité avec l'événement du 31 mars 2023, mais en lien avec les atteintes préexistantes. Le rapport du 21 juillet 2023 du Dr Q._____, qui fait état pour l'essentiel des mêmes constatations sur la base de l'IRM du 20 avril 2023 et conclut à une probable décompensation FT interne sur chondropathie de

grade 2-3 du genou droit, avec genu varum, en préconisant la poursuite de la physiothérapie et une viscosupplémentation, n'est pas de nature à remettre en cause ce constat. En particulier, le Dr Q. _____ ne se prononce aucunement sur la question de la nature dégénérative ou traumatique des atteintes qu'il constate, pas plus que sur celle du lien de causalité avec l'accident du 31 mars 2023. Par ailleurs, il n'expose pas pour quel motif il estime que l'incapacité de travail du recourant aurait perduré entre le 17 juillet et le 11 août 2023, la seule mention que le recourant aurait retrouvé un travail à partir de la mi- août n'étant à l'évidence pas pertinente pour l'examen de cette question.

- 13 - Il n'y a par conséquent pas lieu de s'écarter de l'appréciation du Dr B. _____ et, à sa suite, de celle du Dr N. _____ quant au fait que l'accident a cessé de déployer ses effets au 30 juin 2023. c) Le recourant soutient qu'il n'avait jamais eu de douleurs à son genou droit avant l'accident du 31 mars 2023. A cet égard, on rappellera que le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient 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 ; cf. consid. 3b supra). Dans sa réplique, il fait valoir que la chondropathie du genou droit pouvait résulter d'un impact direct ou d'une chute sur une articulation causant des lésions localisées du cartilage, de sorte que les circonstances de l'accident avaient joué un rôle déterminant dans l'apparition de cette condition, qui n'était dès lors pas liée à un état préexistant. Ce faisant, le recourant se contente de procéder à une affirmation générale, relevant de la science médicale, sans se fonder sur aucun avis médical ou littérature médicale pertinente. Il n'expose, en outre, pas en quoi cette affirmation – pièces médicales le concernant à l'appui – s'appliquerait à son état de santé. Ses seules explications ne permettent pas de remettre en cause les constatations du Dr B. _____ selon lesquelles la chondropathie fémorale est très probablement ancienne en l'absence d'œdème autour visible à l'IRM. Au surplus, les arguments du recourant en lien avec sa situation financière ne sont pas pertinents quant au présent litige et doivent être écartés. d) En définitive, l'intimée n'a pas violé le droit fédéral en mettant un terme aux prestations versées au titre de l'assurance- accidents au 16 juillet 2023.

- 14 - 6. Dans un autre moyen, le recourant reproche à l'intimée de lui avoir communiqué de fausses informations concernant la possibilité de consulter un deuxième médecin et quant à la prolongation des indemnités journalières jusqu'au 11 août 2023, que l'intimée lui aurait garantie. Il invoque, à tout le moins implicitement, la protection de la bonne foi. a) Conformément à l'art. 5 al. 3 de la Constitution fédérale du

E. 18

avril 1999 (Cst. ; RS 101), tant les organes de l'Etat que les particuliers doivent s'abstenir d'adopter un comportement contradictoire ou abusif (ATF 144 II 49 consid. 2.2 ; 136 I 254 consid. 5.2). De ce principe général découle notamment le droit, consacré à l'art. 9 in fine Cst., du particulier d'exiger, à certaines conditions, que les autorités se conforment aux promesses ou assurances précises qu'elles lui ont faites et ne trompent pas la confiance qu'il a légitimement placée dans ces promesses et assurances (ATF 138 I 49 consid. 8.3.1 et les arrêts cités). Ainsi, un renseignement ou une décision erronés de l'administration peuvent obliger celle-ci à consentir à un administré un avantage contraire à la réglementation en vigueur, à condition (a) que l'autorité soit intervenue dans une situation concrète à l'égard de personnes déterminées, (b) qu'elle ait agi ou soit censée avoir agi dans les limites de ses compétences, (c) que l'administré n'ait pas pu se rendre compte immédiatement de l'inexactitude du renseignement obtenu, (d) qu'il se soit fondé sur les assurances ou le

comportement dont il se prévaut pour prendre des dispositions auxquelles il ne saurait renoncer sans subir de préjudice et (e) que la réglementation n'ait pas changé depuis le moment où l'assurance a été donnée (ATF 143 V 95 consid. 3.6.2 ; 141 V 530 consid. 6.2 ; 137 II 182 consid. 3.6.2 et les arrêts cités). b) Le droit à la protection de la bonne foi peut aussi être invoqué en présence simplement d'un comportement de l'administration, pour autant que celui-ci soit susceptible d'éveiller chez l'administré une attente ou une espérance légitime (cf. ATF 129 II 361 consid. 7.1 ; 129 I 161 consid. 4.1). La précision que l'attente ou l'espérance doit être « légitime » est une autre façon de dire que l'administré doit avoir eu des raisons sérieuses d'interpréter comme il l'a fait le comportement de

- 15 - l'administration et d'en tirer les conséquences qu'il en a tirées. Tel n'est notamment pas le cas s'il apparaît, au vu des circonstances, qu'il devait raisonnablement avoir des doutes sur la signification du comportement en cause et se renseigner à ce sujet auprès de l'autorité (cf. ATF 134 I 199 consid. 1.3.1; TF 2C_1013/2015 du 28 avril 2016 consid. 3.1). c) En l'occurrence, il ne ressort pas du dossier que la caisse intimée aurait donné à l'assuré une quelconque promesse ou assurance relativement à la prise en charge des indemnités journalières au-delà du 16 juillet 2023. Il ressort en particulier des éléments du dossier qu'en date du 10 juillet 2023, le recourant a indiqué à l'intimée qu'il entendait consulter un second médecin. Il a ensuite transmis à la CNA le certificat d'arrêt de travail délivré par le Dr Q. _____ le 14 juillet 2023, à la suite de quoi l'intimée lui a fait savoir, par lettre du 18 juillet 2023, qu'elle suspendait préventivement le versement de l'indemnité journalière au 16 juillet 2023 durant l'examen de son obligation de prester à la lumière du nouvel arrêt de travail attesté. Il ressort de quatre notes d'entretien téléphonique du

E. 19

juillet 2023 que la CNA a informé l'assuré qu'elle était en attente d'un rapport du Dr Q. _____ afin de pouvoir statuer. S'il ressort d'un de ces échanges qu'une collaboratrice de l'intimée aurait indiqué à l'assuré – lors d'un précédent appel – que les indemnités journalières seraient versées dès réception dudit rapport, il s'agit uniquement d'allégations rapportées du recourant qui ne sont corroborées par aucun autre élément au dossier. Au contraire, les échanges subséquents confirment que la CNA avait indiqué à plusieurs reprises à l'assuré qu'elle avait émis des réserves dans l'attente du rapport du Dr Q. _____ (cf. note d'entretien téléphonique du

E. 21

juillet 2023 et courriel de la CNA du 24 juillet suivant). Au surplus, il ne ressort d'aucun élément au dossier que l'intimée aurait promis au recourant le versement d'indemnités journalières. Au vu de ce qui précède, le recourant ne peut pas se prévaloir du principe de la bonne foi pour obtenir la prise en charge, au-delà du 16 juillet 2023, des conséquences de son accident du 31 mars 2023.

- 16 - 7. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA), ni d'allouer de dépens au recourant, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 22 septembre 2023 par la Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : Le greffier : Du L'arrêt qui précède est notifié à : - C. _____, - Caisse nationale suisse d'assurances en cas d'accidents, - Office fédéral de la santé publique, par

l'envoi de photocopies.

- 17 - Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF). Le greffier :

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