

VD_GERICHTE ZA25.015893 vom 26. Januar 2026

VD Tribunal cantonal, 2026-01-26, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA25.015893

FR: VD_GERICHTE ZA25.015893 du 26 janvier 2026

IT: VD_GERICHTE ZA25.015893 del 26 gennaio 2026

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, le recours a été 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 ; BLV 173.36]) et respecte les conditions formelles prévues par l'art. 61 let. b LPGA. Il faut toutefois constater que la procuration signée par la recourante en faveur de K. _____ n'établit pas clairement le pouvoir de représentation de ce dernier dans le cadre de la présente procédure. Si la recevabilité du recours présente dès lors un doute, il convient de préciser que le recours devrait en tous les cas être rejeté, dans la mesure de sa recevabilité, pour les motifs expliqués ci-après. Le présent arrêt sera par conséquent notifié à la recourante personnellement, compte tenu du doute relatif au pouvoir de représentation de K. _____, et ce dernier sera informé par courrier qu'un arrêt a été rendu dans la présente cause.

E. 2

Le litige porte sur le droit de la recourante à des prestations de la part de l'intimée au-delà du 26 novembre 2024 en lien avec l'accident du 20 juin 2024. 10J010

- 7 -

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. 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'événement 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'événement 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'événement 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 qua

non de celle-ci (ATF 148 V 138 consid. 5.1.1 ; 142 V 435 consid. 1 et les références). c) 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_315/2023 du 9 janvier 2024 consid. 3.2). 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). 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 10J010

- 8 - 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 ; TF 8C_686/2024 du 4 avril 2025 consid. 3.1.2).

E. 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, 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_71/2024 du 30 août 2024 consid. 3.3). 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 10J010

- 9 - 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 ; TF 8C_150/2024 du 10 octobre 2024 consid. 2.3 ; 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

9C_553/2023 du 14 novembre 2024 consid. 3.2 ; TF 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 3.3).

E. 5

a) En l'occurrence, la recourante a subi une chute le 20 juin 2024, lors de laquelle elle s'est blessée au genou droit. Dans son rapport du 16 septembre 2024, le Dr G. _____ a retenu le diagnostic d'entorse du genou droit. Dans son rapport du 7 janvier 2025, le Dr J. _____ a indiqué que l'assurée avait présenté une torsion du genou droit lors de son accident du 20 juin 2024. De son côté, le Dr F. _____ retient que l'assurée a souffert d'une simple contusion sur une chute de sa hauteur. Force est de constater que le dossier ne contient pas de description précise du mécanisme de l'accident. Il n'est dès lors pas clair de savoir si l'assurée a directement chuté sur son genou droit ou si elle s'est tordu le genou droit dans sa chute. Quoi qu'il en soit, cet accident n'a toutefois pas entraîné de lésion traumatique visible, comme l'a relevé le Dr G. _____ sur la base de l'IRM réalisée le 26 juin 2024, si bien qu'il s'agit tout au plus d'une entorse de peu de gravité. Ce médecin a d'ailleurs fait état d'une fin de traitement au 15 juillet 2024, ainsi que d'une reprise du travail à cette date déjà. Cette IRM a en revanche montré un état dégénératif préexistant, sous forme d'une gonarthrose du compartiment externe du genou droit, d'une lésion dégénérative du segment moyen du ménisque externe, ainsi que d'une chondropathie de stade II fémoro-patellaire et fémoro-tibiale latérale droite. Le Dr F. _____ retient, sur la base des conclusions de l'IRM, que l'accident a, de manière très probable, entraîné une décompensation de la gonarthrose valgusante présentée par l'assurée. Dans son appréciation du 26 août 2024, il a indiqué qu'il s'agissait d'une aggravation passagère de la gonarthrose préexistante, qui pouvait durer 10J010

- 10 - jusqu'à trois mois. Dans sa seconde prise de position, il a affirmé que le statu quo ante, respectivement le statu quo sine avait été atteint au plus tard le 26 novembre 2024, dans la mesure où il n'y avait pas de raison traumatique expliquant une rechute de l'incapacité de travail cinq mois après une simple contusion liée à une chute de sa hauteur. Le seul fait que l'assurée aurait présenté une entorse bénigne au genou droit et non une contusion ne suffit pas à établir un lien de causalité entre l'accident et les troubles persistant au-delà du 26 novembre 2024. Dans son rapport du

E. 7

a) Le recours doit par conséquent être rejeté et la décision sur opposition litigieuse confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPG), ni d'allouer de dépens à la partie recourante, qui n'obtient pas gain de cause (art. 61 let. g LPG).

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