

VD_GERICHTE ZB16.054160 vom 5. Juli 2018

VD Tribunal cantonal, 2018-07-05, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZB16.054160

FR: VD_GERICHTE ZB16.054160 du 5 juillet 2018

IT: VD_GERICHTE ZB16.054160 del 5 luglio 2018

Erwägungen

E. 27

mars 2014. La Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents, Division assurance militaire (ci-après : la CNA ou l'intimée) a pris en charge les frais de traitements et alloué des indemnités journalières. d) L'assuré a consulté le service des urgences du Centre X._____ (ci-après : X._____) le 2 avril 2014. La Dresse Z._____, spécialiste en médecine interne générale et médecin praticien, y a procédé à un examen clinique, lors duquel elle a constaté un genou tuméfié, un épanchement intra-articulaire modéré, l'absence de bâillement en valgus et des douleurs à la palpation en regard de la

- 4 - tubérosité tibiale antérieure et du ligament latéral interne. Sous la rubrique « problème et attitude [à l'entrée] » de son rapport du 7 avril 2014, elle a mentionné une fracture du plateau tibial du genou droit en précisant : « Avis OTR [orthopédie et traumatologie] : pas de fracture visible sur Rx [radiographie] Fracture du plateau tibial genou D [droit] confirmé sur IRM » e) Les 2 et 13 mai 2014, l'assuré a consulté le Dr P._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin associé au Service d'orthopédie et traumatologie du X._____. Celui-ci a procédé à des examens cliniques et a requis de nouveaux examens radiologiques. Dans un rapport du 6 juin 2014, il a rappelé que l'intéressé avait été opéré le 29 juin 2009 par le Dr F._____ pour une réinsertion par ostéosynthèse d'un fragment ostéo-cartilagineux à hauteur du versant interne de la rotule. L'évolution post-opératoire avait été marquée par une absence de douleur, mais par la persistance d'une instabilité rotulienne avec luxation chronique de celle-ci sur son versant externe. Il n'y avait pas eu de véritable suivi à l'Hôpital D._____, mais malgré la luxation chronique de la rotule, l'assuré restait peu gêné dans le cadre de ses activités de la vie quotidienne et professionnelle. Le 27 mars 2014, alors qu'il était à l'armée, il avait dû effectuer une course avec un sac à dos et avait présenté un épisode de lâchage à hauteur du genou, avec sensation de blocage et douleurs immédiates. Cet épisode s'était accompagné d'un épanchement post-traumatique. Depuis lors, l'assuré souffrait de douleurs au versant antéro-interne du genou, décrites comme permanentes et majorées par la montée ou la descente d'escaliers, les positions à genoux ou accroupi, ou encore les positions debout prolongées. A l'examen clinique, le Dr P._____ constatait notamment une rotule paraissant centrée en extension, mais se luxant en externe lorsque le genou était fléchi au-delà de 30°. Les radiographies standards mettaient en évidence une dysplasie trochléenne de type C selon David Dejour. Un scanner du genou, réalisé au X._____ le 13 mai 2014, permettait de constater une distance anormale entre la tubérosité tibiale antérieure et la gorge de la trochlée (TAGT), de 24 mm à droite pour 15

- 5 - mm à gauche, une antéversion fémorale diminuée à 6° à droite pour 2° à gauche et une exorotation tibiale de 14° à droite pour 21° à gauche. L'examen objectivait également un cal vicieux à hauteur de la facette interne de la rotule, en status post ostéosynthèse du

fragment ostéochondral précédemment décrit. En effet, le fragment avulsé avait été réinséré à la face profonde de la facette rotulienne interne. Le Dr P. _____ s'est également référé à l'examen IRM réalisé le 28 mars 2014 à l'hôpital de S. _____, qui lui avait été adressé par ce dernier. Cet examen confirmait une réinsertion non-anatomique du fragment ostéochondral précédemment décrit. Il n'y avait pas de cartilage visible sur la facette rotulienne interne. La facette rotulienne externe présentait un cartilage encore continu mais offrait des signes de chondropathie que le Dr P. _____ estimait de stade I à II. La trochlée fémorale, qui présentait un aspect de type Cliff, présentait un cartilage préservé à hauteur de ce qui correspondait à son versant externe, avec à nouveau des signes de chondropathie de type I à II. Le versant interne de la trochlée fémorale présentait un cartilage nettement hypoplasique. La rotule était d'aspect naturellement dysplasique, en comparaison avec le côté opposé, qui pouvait être classifié « Wiberg type 3 ». En résumé, selon le Dr P. _____, l'assuré présentait un status cinq ans après un épisode unique de luxation externe de la rotule qui avait fait l'objet d'une prise en charge chirurgicale précoce. La réinsertion d'un fragment ostéochondral s'était faite en cal vicieux et l'assuré présentait une dysplasie trochléenne de type C, une majoration de la TAGT, une diminution de l'antéversion fémorale et de l'exorotation tibiale, ainsi qu'une chondropathie de stade I à II de la facette rotulienne externe et du versant externe de la trochlée fémorale. Le versant interne de cette trochlée n'offrait pas de cartilage sur le côté rotulien et un cartilage hypoplasique sur le côté trochléen. Le Dr P. _____ a suggéré une intervention chirurgicale en vue de corriger plusieurs de ces atteintes. Le 15 septembre 2014, il a pratiqué une opération comportant les interventions suivantes :

- 6 - « 1. Arthroscopie diagnostique 2. Transposition médiale de la tubérosité tibiale antérieure de 10 mm 3. Plastie d'allongement de l'aileron rotulien externe, en Z 4. Ostéotomie de la rotule pour correction de cal vicieux 5. Trochléoplastie de creusement et d'élévation de la joue externe de la trochlée fémorale 6. Section d'exostose sur la joue interne de la trochlée fémorale 7. Burssectomie prérotulienne 8. Plastie d'avancement du vaste médial oblique selon Insall, avec reprise de suture du ligament patellofémoral médial » L'assuré est resté hospitalisé du 14 au 27 septembre 2014. f) Par une appréciation médicale du 10 octobre 2014, la Dresse K. _____, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement auprès de la CNA, a estimé que le genou droit de l'assuré présentait des atteintes avant l'entrée en service militaire, en particulier une instabilité rotulienne avec luxation chronique de celle-ci, une dysplasie fémoro- patellaire avec dysplasie au niveau du condyle fémoral comme au niveau de la rotule, ainsi qu'une ostéosynthèse non-anatomique du fragment cartilagineux, en 2009. L'intervention prévue par le Dr P. _____ avait pour objet de centraliser la rotule, modifier la trochlée fémorale et reconstruire l'aileron interne par une plastie tendineuse, autrement dit de corriger l'état antérieur à l'entrée en service. Selon les documents médicaux à disposition, il n'y avait aucun signe de nouvelle lésion traumatique le 27 mars 2014. L'assuré avait présenté à cette date une décompensation passagère d'un état préexistant. L'élimination de cette aggravation (statu quo sine) était acquise avant l'intervention prévue par le Dr P. _____. g) La CNA a adressé à l'assuré un préavis du 21 octobre 2014, relatif à la fin des prestations de l'assurance militaire au 13 septembre 2014. Par l'intermédiaire de Me Flore Primault, l'assuré a contesté ce préavis le 11 décembre 2014, soulignant notamment qu'il n'avait jamais été gêné par son genou entre l'intervention chirurgicale subie en 2009 et l'événement du 27 mars 2014. Le médecin militaire qui l'avait examiné lors du recrutement n'avait par ailleurs pas estimé qu'il y avait un état

- 7 - maladié préexistant justifiant des investigations complémentaires avant d'admettre son aptitude au service. h) Dans une nouvelle appréciation médicale du 12 décembre 2014, la Dresse K._____ a confirmé sa précédente appréciation. Par décision du 9 janvier 2015, la CNA a mis fin au droit aux prestations de l'assuré au 13 septembre 2014 en raison d'un retour au statu quo ante atteint à cette date au plus tard. Le 4 février 2015, l'assuré, par l'intermédiaire de son conseil, s'est opposé à la décision susmentionnée. Il a souligné que le diagnostic de luxation chronique de la rotule n'avait jamais été posé avant l'événement du 27 mars 2014, que le Dr M._____ avait diagnostiqué un traumatisme sur distorsion du genou et que le médecin de troupe n'avait pas constaté d'instabilité. Il a ajouté que le Dr P._____ a expliqué qu'il avait posé le diagnostic d'instabilité rotulienne avec luxation chronique « en lien avec les visites ultérieures et suite à l'événement du 27 mars 2014 » ; « il ne pouvait pas indiquer qu'il existait une luxation chronique avant cet événement puisqu'il n'avait jamais vu le patient avant et qu'un tel diagnostic n'avait été posé par aucun des médecins consultés auparavant ». La CNA a demandé divers documents médicaux au X._____, dont l'IRM réalisé à l'hôpital de S._____ le 28 mars 2014. Le X._____ a communiqué une partie des documents requis, mais pas tous. L'IRM réalisé le 28 mars 2014 manquait notamment. La CNA a alors invité le conseil de l'assuré à requérir directement les documents auprès du X._____ et à les lui transmettre. Le 9 mars 2016, Me Primault a transmis plusieurs des documents demandés, sans toutefois produire l'IRM du

E. 28

avril 2014 consid. 3.1). 4. Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, 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 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). Une valeur probante doit également être accordée aux appréciations émises par les médecins de la CNA, car, selon la

- 17 - jurisprudence, cette institution n'intervient pas comme partie dans un cas concret tant qu'aucun procès n'est en cours, mais comme organe administratif chargé d'exécuter la loi. C'est la raison pour laquelle le juge accordera, au cours de la procédure d'administration des preuves, une entière valeur probante à l'appréciation émise par un médecin de la CNA, aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de son bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et les références citées ; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 consid. 4.2). 5. Le recourant demande qu'une expertise orthopédique judiciaire soit mise en œuvre. Il convient de rejeter cette demande, dès lors que les rapports médicaux au dossier permettent de statuer

en connaissance de cause et qu'une expertise ne permettrait pas, selon toute vraisemblance, de poser d'autre constatation relative à l'état de fait pertinent, pour les motifs exposés ci-après (appréciation anticipée des preuves ; ATF 130 II 425 consid. 2.1 ; 122 II 464 consid. 4a ; 122 III 219 consid. 3c ; 120 Ib 224 consid. 2b). 6. a) En l'espèce, il ressort de l'ensemble des documents médicaux au dossier que le recourant présentait une atteinte préexistante à son genou droit. Le Dr G. _____ expose en effet que l'assuré s'est luxé le genou en 2009, ce qui a entraîné une déchirure de l'aileron interne et une fracture ostéochondrale pour laquelle il a subi une opération le 29 juin 2009, pratiquée par le Dr F. _____. Il expose également, de manière convaincante, qu'avant même cet épisode, il présentait des signes de dysplasie importante de l'articulation fémoro-patellaire droite (rotule Wiberg de type III et trochlée Dejour de type C). Il indique, enfin, que l'opération du 29 juin 2009 a conduit à une ostéosynthèse non anatomique, avec un cal vicieux. b/aa) Le recourant objecte notamment à ces constatations médicales qu'il ne présentait pas de douleurs avant l'événement du 27 mars 2014 et qu'il avait été déclaré apte au service après un examen médical, lors du recrutement. Toutefois, même en admettant, sur la base de ces objections, que les symptômes et l'atteinte à la santé se sont

- 18 - manifestés pendant le service, au sens de l'art. 5 al. 1 LAM – ce qui est toutefois douteux compte tenu de l'intervention chirurgicale réalisée en 2009 –, l'intimée a apporté à satisfaction de droit la preuve que l'affection était, avec certitude, antérieure au service (at. 5 al. 2 let. a LAM). bb) L'assurance militaire ne répond donc, dans ce contexte, que d'une éventuelle aggravation de l'atteinte causée par le service, à moins qu'elle n'apporte la preuve que cette aggravation n'a pas, avec certitude, été causée ni accélérée dans son cours par le service (art. 5 al. 2 let. b LAM). Si elle n'apporte pas cette preuve, la responsabilité de l'assurance militaire dure jusqu'à la disparition des effets résultant des influences nocives du service militaire (Christof Steger-Bruhin, *Die Haftungsgrundsätze der Militärversicherung*, thèse, Saint-Gall 1996, p. 252, note de bas de page 813). Le lien de causalité entre les symptômes présentés par l'assuré et le service doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'entrée en service (*statu quo ante*) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans les influences dues au service (*statu quo sine*) (Steger-Bruhin, *op. cit.*, p. 254 ; Maeschi *op. cit.* n. 41 ad art. 5). La preuve de l'élimination des influences dues au service incombe à l'assurance militaire (Steger-Bruhin, *op. cit.*, p. 258 ; TF 8C_283/2007 du 7 mars 2008 consid. 5.2). cc) En l'espèce, le Dr G. _____ indique que l'événement du 27 mars 2014 n'a entraîné aucune lésion structurelle selon les documents médicaux à disposition. Le recourant fournit, toujours selon le Dr G. _____, un descriptif de l'événement du 27 mars 2014 qui évoque un épisode aigu de subluxation ou de luxation avec réduction spontanée. Bien qu'il n'ait pas pu obtenir l'IRM réalisé le 28 mars 2014, ce médecin observe qu'à la lecture de cet IRM, le Dr P. _____ n'a constaté ni épanchement important, ni contusion osseuse, ni lésion ligamentaire aiguë qui pourrait parler en faveur d'une atteinte structurelle d'origine traumatique, se surajoutant à la situation pathologique préexistante. Le Dr G. _____ souligne que l'assuré se plaignait déjà plusieurs jours auparavant de douleurs du genou droit et qu'il présentait une chondrose marquée de la trochlée provoquée par le frottement du cal vicieux de la

- 19 - fracture ostéochondrale traitée en 2009. Cette situation correspondait à une longue évolution qui ne pouvait être la conséquence de l'événement du 27 mars 2014, la rotule présentant déjà, de manière absolument certaine, un état de luxation chronique avant cet

événement. Dans ces circonstances, il constate, de manière convaincante, un événement symptomatique de la situation préexistante sur surcharge physique pendant les jours précédant le 27 mars 2014 puis, à cette date, un épisode de luxation sans décompensation durable d'une situation déjà hautement pathologique. Le statu quo sine était donc atteint après quelques semaines, et très certainement lorsque l'intimée a mis fin à ses prestations, le 13 septembre 2014. Le Dr G. _____ souligne enfin, toujours de manière convaincante, que tous les gestes chirurgicaux effectués le 15 septembre 2014 par le Dr P. _____ avaient pour objet de corriger des anomalies antérieures à l'entrée en service et qui correspondaient, soit à des malformations survenues en cours de croissance, soit à de claires séquelles de la luxation traumatique pour laquelle le recourant avait été opéré en 2009. Bien qu'il ne le mentionne pas expressément, il est clair que le Dr G. _____ pense également aux conséquences du cal vicieux résultant de cette intervention et aux conséquences de ce cal. Partant, force est de constater que l'appréciation du Dr G. _____ résulte d'une étude fouillée, menée sur la base de l'entier du dossier du recourant auprès de l'intimée. Ce médecin, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a clairement et de manière convaincante expliqué sa position, après un exposé pertinent de la théorie médicale, et ses conclusions sont dûment motivées. Une pleine valeur probante doit dès lors être reconnue à son rapport du 24 octobre 2016. c/aa) Le recourant conteste l'appréciation du Dr G. _____. Il souligne qu'un diagnostic de fracture du plateau tibial a été posé le 2 avril 2014, au X. _____. Il ajoute que le Dr P. _____ a, certes, indiqué une instabilité rotulienne avec luxation chronique, mais qu'il n'a posé ce diagnostic qu'en lien avec les consultations au X. _____ postérieurement

- 20 - au 27 mars 2014. Il ne pouvait aucunement se prononcer sur une luxation chronique antérieure à cet événement puisqu'il n'avait jamais vu l'intéressé auparavant et que ce diagnostic n'avait jamais été posé. bb) Le Dr G. _____ a exposé en détail pour quels motifs l'assuré présentait une luxation chronique de la rotule. Il a observé, en particulier, que cette luxation était causée par une atteinte de la trochlée qui s'est développée en cours de croissance. Par ailleurs, le diagnostic de fracture du plateau tibial n'a été posé qu'une seule fois, par la Dresse Z. _____, après une consultation au service des urgences du X. _____ le 2 avril 2014, sans aucune précision sur cette fracture. Par la suite, il n'a été confirmé dans aucun autre document médical. Pour sa part, le Dr P. _____, décrivant dans son rapport du 6 juin 2014 l'IRM réalisée le 28 mars 2014 à l'hôpital de S. _____, ainsi que les autres examens radiologiques réalisés au X. _____, n'en fait aucune mention. Il indique, en revanche, que l'examen IRM du 28 mars 2014 confirme diverses atteintes qui ne concernent pas le plateau tibial, à savoir un cal vicieux entraîné par une réinsertion non-anatomique d'un fragment ostéochondral en juin 2009, une dysplasie trochléenne de type C, une majoration du TAGT, une diminution de l'antéversion fémorale et de l'exorotation tibiale, des chondropathies du cartilage de la trochlée fémorale à son versant externe, ainsi qu'un cartilage nettement hypoplasique sur le versant interne de la trochlée fémorale et une rotule présentant un aspect dysplasique. Toutes ces constatations confirment plutôt l'analyse effectuée par le Dr G. _____, qui n'est par ailleurs contredite par aucun autre rapport médical au dossier. Enfin, contrairement à ce que soutient le recourant, le Dr P. _____ a clairement exprimé, dans son rapport du 6 juin 2014, que l'instabilité rotulienne était antérieure à l'entrée en service, puisqu'il a exposé qu'après l'intervention du 29 juin 2009, l'évolution postopératoire avait été marquée par une absence de douleur, mais également par la persistance d'une instabilité rotulienne avec luxation chronique de celle-ci sur son versant externe. Quand bien même il ne le dit pas

expressément, le Dr P._____ pouvait poser cette constatation sans avoir vu l'assuré avant le mois de mai 2014, au vu de la dysplasie trochléenne constatée, du cal vicieux et de la

- 21 - chondrose dégénérative présentée par l'intéressé, comme l'expose le Dr G._____.
cc) Partant, force est de constater qu'il ne ressort aucunement du dossier d'éventuels éléments médicaux objectivement vérifiables qui auraient été ignorés par le Dr G._____ et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause ses conclusions, de sorte qu'il convient de se rallier à ces dernières. On doit ainsi admettre, sur la base de ses explications, que l'événement du 27 mars 2014 n'a entraîné qu'une aggravation provisoire de l'état du genou de l'assuré, sous la forme d'un épisode aigu de subluxation ou de luxation avec réduction spontanée, sans lésion structurelle. Un retour au statu quo sine vel ante est dès lors établi au plus tard le 13 septembre 2014. d) Le recourant tire argument, enfin, du fait qu'il a été déclaré apte au service lors du recrutement, de sorte que la responsabilité de l'intimée serait engagée. Toutefois, si l'examen de l'aptitude au service vise à éviter qu'un conscrit se blesse en service en raison d'une atteinte à la santé préexistante ou que le service aggrave cette atteinte à la santé, il ne permet pas, pour autant, d'engager la responsabilité de l'intimée indépendamment des conditions posées par les art. 5 ss LAM, notamment après le rétablissement d'un statu quo ante vel sine. En l'espèce, comme on l'a vu, ces conditions ne sont plus remplies postérieurement au 13 septembre 2014, de sorte que l'intimée a mis fin à juste titre à ses prestations à cette date. 7. a) En conclusion, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée 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 ; art. 55 al. 1, 91 et 99 LPA-VD).

- 22 -

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