

VS_GERICHTE S2 21 97 vom 29. Juni 2023

VS Kantonsgericht, 2023-06-29, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_21_97

FR: VS_GERICHTE S2 21 97 du 29 juin 2023

IT: VS_GERICHTE S2 21 97 del 29 giugno 2023

Regeste

S2 21 97 JUGEMENT DU 29 JUIN 2023 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Dr. Thierry Schnyder et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par Syndicats Chrétiens du Valais, 1950 Sion contre CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (CNA), intimée (art. 6 et 36 LAA ; lien de causalité, statu quo sine et fin des prestations)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 de la loi fédérale sur l'assurance-accidents (LAA), les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Remis à la poste le 14 septembre 2021, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 9 août précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours, prolongé par les fêtes (art. 38 al. 4 et 60 LPGA), et devant la Cour compétente à raison du lieu et de la matière (art. 56, 57 et 58 LPGA ; art. 81a al. 1 LPJA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il convient d'entrer en matière.

E. 2

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations au-delà du 7 mai 2021, respectivement sur le point de savoir si les troubles dont il souffre encore peuvent être mis en lien de causalité, pour le moins vraisemblable, avec l'accident du 29 septembre 2020. 3.1 Selon l'article 6 alinéa 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au

- 6 - corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA ; ATF 129 V 402 consid. 2.1 ; 122 V 230 consid. 1 et les références). La responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle (ATF 119 V 335 consid. 1 ; 118 V 286 consid. 1b et les références) et adéquate avec l'événement assuré (ATF 125 V 456 consid. 5a et les références). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose d'abord, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit que, associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il apparaisse comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 142 V

435 consid. 1). Le 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 ; RAMA 1999 n° U 341 p. 408, consid. 3b). 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. 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. (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et 125 V 456 consid. 5a et les références). En présence d'une atteinte à la santé physique, le problème de la causalité adéquate ne se pose toutefois guère, car l'assureur-accidents répond aussi des complications les plus singulières et les plus graves qui ne se produisent habituellement pas selon l'expérience médicale (ATF 118 V 286 consid. 3a et 117 V 359 consid. 5d/bb ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 351/04 du 14 février 2006 consid. 3.2). En revanche, il en va autrement lorsque des symptômes, bien qu'apparaissant en relation de causalité naturelle avec un événement accidentel, ne sont pas objectivables du point de vue organique. Dans ce cas, il y a lieu d'examiner le caractère adéquat du lien de causalité en se fondant sur le déroulement de l'événement accidentel, compte tenu, selon les circonstances, de certains critères en relation avec cet événement (ATF 117 V 359 consid. 6 ; 117 V 369 consid. 4b ; 115 V 133 consid. 6). En vue de juger du caractère adéquat du lien de causalité entre un accident et une affection psychique additionnelle à une atteinte à la santé physique, il faut d'abord classer les accidents en trois catégories, en fonction de leur déroulement: les accidents insignifiants ou de peu de gravité, les accidents de gravité moyenne et les

- 7 - accidents graves. Pour procéder à cette classification, il convient non pas de s'attacher à la manière dont l'assuré a ressenti et assumé le choc traumatique, mais bien plutôt de se fonder, d'un point de vue objectif, sur l'événement accidentel lui-même. En présence d'un accident de gravité moyenne, il faut prendre en considération un certain nombre de critères, dont les plus importants sont les suivants (ATF 115 V 133 consid. 6c/aa et 115 V 403 consid. 5c/bb ; arrêt 8C_540/2018 du 22 juillet 2019 consid. 4.2 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3ème éd., 2016, n° 121, p. 934) : - les circonstances concomitantes particulièrement dramatiques ou le caractère particulièrement impressionnant de l'accident ; - la gravité ou la nature particulière des lésions physiques, compte tenu notamment du fait qu'elles sont propres, selon l'expérience, à entraîner des troubles psychiques ; - la durée anormalement longue du traitement médical ; - les douleurs physiques persistantes ; - les erreurs dans le traitement médical entraînant une aggravation notable des séquelles de l'accident ; - les difficultés apparues au cours de la guérison et des complications importantes ; - le degré et la durée de l'incapacité de travail due aux lésions physiques. Il n'est pas nécessaire que soient réunis dans chaque cas tous ces critères. Suivant les circonstances, un seul d'entre eux peut être suffisant pour faire admettre l'existence d'une relation de causalité adéquate. Il en est ainsi lorsque l'accident considéré apparaît comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire, à la limite de la catégorie des accidents graves, ou encore lorsque le critère pris en considération s'est manifesté de manière particulièrement importante (ATF 115 V 133 consid. 6 c/bb et 403 consid. 5 c/bb). 3.2 L'obligation de prêter de l'assureur cesse lorsque l'accident ne constitue pas (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 tôt ou tard même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (RAMA 1994 n° U 206 p. 328 consid. 3b ; 1992 n° U 142 p. 75 consid. 4b). En principe, on examinera si l'atteinte à la santé est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus (statu quo ante ou statu quo sine) selon le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des

- 8 - assurances sociales (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 ; RAMA 2000 n° U 363 p. 46 ; arrêt du Tribunal cantonal genevois ATAS/928/2021 du 14 septembre 2021 consid. 6 et 19). Dans le contexte de la suppression du droit à des prestations, la règle selon laquelle le fardeau de la preuve appartient à la partie qui invoque la suppression du droit (RAMA 2000 n° U 363 p. 46), entre seulement en considération s'il n'est pas possible, dans le cadre du principe inquisitoire, d'établir sur la base d'une appréciation des preuves un état de fait qui au degré de vraisemblance prépondérante corresponde à la réalité (ATF 117 V 261 consid. 3b et les références). La preuve de la disparition du lien de causalité naturelle ne doit pas être apportée par la preuve de facteurs étrangers à l'accident. Il est encore moins question d'exiger de l'assureur-accidents la preuve négative, qu'aucune atteinte à la santé ne subsiste plus ou que la personne assurée est dorénavant en parfaite santé. Est seul décisif le point de savoir si les causes accidentelles d'une atteinte à la santé ne jouent plus de rôle et doivent ainsi être considérées comme ayant disparu (arrêt du Tribunal fédéral 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.3). 3.3 Dans le domaine des assurances sociales, l'autorité fonde généralement sa décision 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 (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et 135 V 39 consid. 6.1). 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 135 V 39 consid. 6.1 et 126 V 353 consid. 5b ; voir également ATF 133 III 81 consid. 4.2.2). En droit des assurances sociales, il n'existe par conséquent pas de principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré ; le défaut de preuve va au détriment de la partie qui entendait tirer un droit du fait non prouvé (ATF 126 V 319 consid. 5a ; RAMA 1999 n° U 349 p. 478 consid. 2b). L'autorité compétente 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 (arrêt 8C_155/2012 du 9 janvier 2013 consid. 3.2 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-1472/2012 du 24 mars 2014 consid. 7.1.1 et C-6844/2011 du 5 juin 2013 consid. 7.1). Elle peut considérer qu'un fait est prouvé et renoncer à de plus amples mesures d'instruction lorsqu'au terme d'un examen objectif, elle ne conçoit plus de doutes sérieux sur l'existence de ce fait (ATF 130 III 321 consid.

- 9 - 3.2 ; SVR 2007 IV n° 31 p. 111 [I 455/06] consid. 4.1). Si de tels doutes subsistent, il lui appartient de compléter l'instruction de la cause, pour autant que l'on puisse attendre un résultat probant des mesures d'instruction entrant raisonnablement en considération (arrêt 9C_106/2011 du 14 octobre 2011 consid. 3.3). En particulier, une expertise sera mise en œuvre lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 ; arrêt du Tribunal administratif fédéral C-5618/2012 du 31 mars 2014 consid. 7). Le cas échéant, l'autorité peut par ailleurs renoncer à l'administration d'une preuve, si elle acquiert la conviction, au terme d'une appréciation anticipée des preuves, qu'une telle mesure ne

pourrait l'amener à modifier son opinion (ATF 130 II 425 consid.

E. 2.1

et 125 I 127 consid. 6c/cc). Lorsqu'une appréciation repose sur une évaluation médicale complète et approfondie, elle ne saurait être remise en cause au seul motif qu'un ou plusieurs médecins ont une opinion divergente. Il ne peut en aller différemment que si lesdits médecins font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour en remettre en cause les conclusions (ATF 125 V 351 ; arrêt 9C_543/2011 du 19 janvier 2012 consid. 2.3.1). De plus, on rappellera que la jurisprudence n'exige pas obligatoirement la réalisation d'un examen personnel de l'assuré pour admettre la valeur probante d'un document médical dès lors que le dossier sur lequel se fonde un tel document contient suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (arrêt U 492/00 du 31 juillet 2001, in RAMA 2001 n° U 438 p. 345). Enfin, il n'existe pas, dans la procédure d'octroi ou de refus de prestations d'assurances sociales, de droit formel à une expertise menée par un médecin externe à l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.3). Une telle expertise ne sera ordonnée que si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité et à la pertinence des constatations médicales effectuées par le service médical interne de l'assurance (ATF 139 V 225 consid. 5.2 ; 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2). 4.1 En l'espèce, le recourant estime que l'intimée ne pouvait pas mettre fin à ses prestations en date du 7 mai 2021, dès lors qu'il n'était pas encore guéri d'un point de vue clinique, selon son médecin traitant. Dans son certificat du 19 mai 2021, la Dresse F _____ a indiqué qu'un traitement était toujours en cours tant pour l'entorse au genou droit, que pour l'anxiété, les insomnies et la dépression réactionnelle à l'accident. Elle n'a toutefois pas expliqué pourquoi un tel traitement était toujours nécessaire, alors même que les derniers

- 10 - examens étaient satisfaisants et qu'elle avait pronostiqué, à l'instar du Dr G _____, une guérison à 6 mois après l'accident. En outre, la Dresse F _____ s'est contentée d'attester que son patient n'avait jamais souffert de pathologies similaires avant son accident du 29 septembre 2020. Or, ce raisonnement de type « post hoc, ergo propter hoc » est impropre à établir un lien de causalité au degré de vraisemblance exigé, en l'absence de tout autre élément objectif démontrant la persistance d'une atteinte au niveau orthopédique. A cet égard, comme l'a constaté le Dr H _____ dans son avis du 7 mai 2021, puis dans son appréciation médicale du 11 juin 2021, l'IRM de contrôle du 8 avril 2021 a montré la disparition complète de l'atteinte du condyle externe, ainsi qu'une bonne restitution des structures internes au niveau des ligaments. La Dresse F _____ ne prétend pas le contraire. En outre, force est de constater que lors des examens d'orthopédie et de physiothérapie des 4 et 8 avril 2021, le recourant marchait correctement, avec une amplitude complète de mouvement, que son genou droit était d'aspect normal et sans épanchement, que la rotule était mobile et que le ligament collatéral médial présentait une bonne laxité ligamentaire. Au vu de ces résultats satisfaisants, c'est à juste titre que le Dr H _____, respectivement l'intimée, a considéré qu'à plus de 8 mois après l'événement, celui-ci ne jouait plus de rôle dans la persistance des plaintes orthopédiques de l'assuré. 4.2 S'agissant des troubles psychogènes dont se plaint le recourant (insomnie, anxiété, dépression réactionnelle), pour lesquels aucun diagnostic CIM-10 n'a été posé, il sied d'examiner le lien de causalité adéquate entre ces troubles et l'accident du 29 septembre 2020. 4.2.1 En premier lieu, conformément à la jurisprudence topique précitée, il convient

de classer l'événement dans l'une des trois catégories d'accident (peu de gravité, gravité moyenne, accident grave). Au vu des explications peu claires de l'assuré sur le déroulement de l'événement et de la description de l'accident faite par les médecins dans leurs rapports, il apparaît que l'intéressé a été confronté à un événement pouvant être classé dans la catégorie des accidents de gravité moyenne « stricto sensu », comme l'a fait l'intimée. Ainsi, la réunion cumulative de trois critères au moins parmi les sept consacrés par la jurisprudence doit être donnée afin de pouvoir admettre le caractère adéquat de l'atteinte psychique (arrêts 8C_277/2019 du 22 janvier 2020 consid. 5 et 8C_775/2017 du 13 juin 2018 consid. 5.3), ce qui n'est pas le cas en l'espèce.

- 11 - En effet, objectivement, l'événement n'a pas été particulièrement dramatique ou impressionnant. Les lésions découvertes lors des examens médicaux ne se sont pas révélées particulièrement graves puisqu'aucune intervention chirurgicale n'a été jugée nécessaire et seul un traitement conservateur a été prescrit. Il ne s'agit pas là d'un traitement lourd. En outre, on ne saurait parler d'une durée anormalement longue dans le cas d'espèce, puisqu'à l'examen du 4 mars 2021, soit moins de 6 mois après l'accident, l'assuré avait déjà retrouvé sa mobilité et une amplitude complète de mouvements au niveau du genou droit. Seules quelques douleurs à l'insertion étaient encore présentes, ce qui ne permet pas de retenir le critère de douleurs physiques persistantes. Enfin, aucun rapport médical ne fait état de difficultés apparues au cours de la guérison ou de complications importantes. Au contraire, au vu des examens radiologiques et cliniques réalisés, il semble que le genou droit du recourant a retrouvé une anatomie globalement normale. Ainsi, force est de constater que le nombre minimal de critères devant être rempli selon la jurisprudence (ATF 115 V 133) n'est pas atteint dans le cas du recourant. L'on ne saurait de surcroît considérer que l'un des critères se soit manifesté avec une intensité particulière ou que l'accident du 29 septembre 2020 soit apparu comme l'un des plus graves de la catégorie intermédiaire.

E. 5

Au vu des éléments qui précèdent, c'est à bon droit que la CNA a nié l'existence d'un lien de causalité adéquate entre les troubles psychiques et l'évènement assuré et a mis fin à ses prestations à la date de la constatation par le Dr H _____ (7 mai 2021) de la disparition des lésions au genou droit sur l'IRM de contrôle réalisée le 8 avril 2021 (pièce 99)

E. 6

Mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition entreprise confirmée. 7.1 Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais judiciaires. 7.2 Vu l'issue de la cause, il n'est pas alloué de dépens au recourant (art.61 let. g LPGA a contrario), ni à l'intimée, laquelle agit comme autorité chargée de tâches de droit public (art. 91 al. 3 LPJA ; ATF 126 V 143 consid.4).

- 12 - Prononce

1. Le recours est rejeté. 2. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 29 juin 2023