

VS_GERICHTE S2 22 36 vom 23. April 2024

VS Kantonsgericht, 2024-04-23, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2 22 36](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vs_gerichte_S2_22_36)

FR: VS_GERICHTE S2 22 36 du 23 avril 2024

IT: VS_GERICHTE S2 22 36 del 23 aprile 2024

Regeste

S2 22 36 ARRÊT DU 23 AVRIL 2024 Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales Composition : Candido Prada, président ; Frédéric Fellay et Christophe Joris, juges ; Mireille Allegro, greffière en la cause X _____, recourant, représenté par les Syndicats Chrétiens du Valais, à Sion contre ZURICH COMPAGNIE D'ASSURANCES SA, intimée (lien de causalité ; statu quo sine/ante)

Erwägungen

E. 1

Selon l'article 1 alinéa 1 LAA, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA n'y déroge expressément. Remis à la poste le 25 avril 2022, le présent recours à l'encontre de la décision sur opposition du 10 mars précédent, a été interjeté, compte tenu des fêtes de Pâques, dans le délai légal de trente jours (art. 38 al. 4 et 60 LPGA) et devant l'autorité 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. 2.1

Le litige porte sur le droit du recourant à des prestations de l'assurance-accidents au-delà du 1er décembre 2020 pour les suites de l'accident du 15 septembre 2020.

E. 2.2

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. L'assurance alloue aussi ses prestations pour les lésions corporelles énumérées exhaustivement à l'article 6 alinéa 2 LAA, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à une maladie. En l'espèce, l'assureur a admis que l'événement du 15 septembre 2020 était un accident, ce que le recourant n'a nullement contesté, et aucun rapport ne fait mention d'une lésion corporelle au sens de l'article 6 alinéa 2 LAA (absence de toute mention de déchirure du ménisque).

E. 2.3

Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle et adéquate. L'exigence d'un lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet évènement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. 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 ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la *conditio sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte à

- 7 - 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 l'assurance sociale. Ainsi, lorsque l'existence d'un rapport de cause à effet entre l'accident et le dommage paraît possible, mais qu'elle ne peut pas être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être nié (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.1 et 402 consid. 4.3.1 et les références). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 123 V 102 ; 122 V 417 ; 118 V 286 consid. 3a). En vertu de l'article 36 alinéa 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. 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 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 existerait même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A contrario, 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). 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*) sur le critère de la vraisemblance prépondérante, usuel en matière de preuve dans le domaine des assurances sociales (ATF 139 V 176 consid. 5.3 ; 135 V 39 consid. 6.1 et les références), étant précisé que le fardeau de la preuve de la disparition du lien de causalité appartient à la partie qui invoque la suppression du droit, soit à l'assureur (ATF 146 V 51 déjà cité). 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_335/2018 du 7 mai 2019 consid. 5). Il convient en principe

- 8 - d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'évènement assuré. 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_169/2019 du 10 mars 2020 consid. 5.3).

E. 2.4

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 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). 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 du Tribunal fédéral 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. 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 du Tribunal fédéral 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 précité 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. 2.1 et 125 I 127 consid. 6c/cc).

- 9 - Il ne se justifie pas d'écarter un rapport médical au seul motif qu'il est établi par le médecin interne d'un assureur social, respectivement par le médecin traitant (ou l'expert privé) de la personne assurée, sans examiner autrement sa valeur probante (arrêt du Tribunal fédéral 4A_172/2013 du 1er octobre 2013 consid. 3.5 ; arrêts du Tribunal administratif fédéral C-4232/2011 du 17 juillet 2012 consid. 5 et C-3456/2010 du 23 janvier 2012 consid. 8). En ce qui concerne en particulier les documents produits par le service médical de l'assureur, le Tribunal fédéral n'exclut pas que ce dernier ou le juge des assurances sociales statuent en grande partie, voire exclusivement sur la base de ceux-ci (ATF 122 V 157 consid. 1d). Cependant, lorsqu'un cas d'assurance est réglé sans avoir recours à une expertise externe, l'appréciation des preuves est soumise à des exigences sévères ; s'il existe un doute même minime sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance, il y a lieu de procéder à des investigations complémentaires (ATF 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.4). En effet, si la jurisprudence a reconnu la valeur probante des rapports médicaux des médecins-conseils, elle a souligné qu'ils n'avaient pas la même force probante qu'une expertise judiciaire ou une expertise mise en œuvre par un assureur social dans une procédure selon l'article 44 LPG (ATF 135 V 465 consid. 4.4 et les références). 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 du Tribunal fédéral 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 (arrêts du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et 8C_46/2019 du 10 mai 2019 consid. 3.2.1 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances 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 145 V 97 consid. 8.5 ; 142 V 58 consid. 5.1 ; 139 V 225 consid. 5.2 et 135 V 465 consid. 4.6 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_108/2011 du 24 octobre 2011 consid. 2.2).

- 10 -

E. 3.1

Dans le cas d'espèce, l'intimée a mis un terme à ses prestations au 1er décembre 2020, au motif que le statu quo sine avait été atteint à cette date conformément aux avis de ses médecins-conseils, les Drs E _____ et G _____.

E. 3.1.1

Dans un premier temps, il sied de relever que l'absence de signature ne permet pas de nier la valeur probante des rapports des médecins-conseils, dès lors qu'il s'agit d'un aspect strictement formel et non d'un élément déterminant du point de vue jurisprudentiel (ATF 125 V 351). Quant à l'erreur de traduction mentionnée par le recourant s'agissant de l'appréciation du Dr G _____, elle n'a pas de conséquences sur les conclusions médicales de ce dernier et ne saurait constituer un motif permettant d'écarter ce rapport. En outre, la Cour observe que même s'ils ne discutent pas expressément les avis des Drs C _____ et D _____ dans leurs appréciations respectives, les médecins-conseils ont eu à leur disposition l'intégralité du dossier de l'assuré afin de prendre position en toute connaissance de cause. Enfin, un examen personnel de l'assuré n'était pas nécessaire dès lors que le dossier contenait suffisamment d'appréciations médicales établies sur la base d'un examen concret (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C_469/2020 du 26 mai 2021 consid. 3.2 et les références). En définitive, la Cour ne saurait écarter les rapports des médecins-conseils sur la base de ces griefs.

E. 3.1.2

Dans leurs avis concordants, les Drs E _____ et G _____, tous deux spécialistes en chirurgie orthopédique et traumatologie, dotés de connaissances approfondies des affections et des traumatismes de l'appareil locomoteur ainsi que de leurs séquelles, ont constaté que l'IRM du genou droit du 28 septembre 2020 avait mis en évidence des troubles dégénératifs avancés, avec une ostéophytose marquée, une atteinte cartilagineuse conséquente (chondrolyse complète) et une lésion complexe du ménisque interne avec une fissuration horizontale. La remarque du recourant sur l'utilisation par le Dr E _____ du terme radiographie au lieu d'IRM (en p. 11 du recours) est sans pertinence ; il s'agit dans les deux cas d'examen radiologique ; en outre, dans son courrier du 16 novembre 2020 à la Dresse F _____, le Dr D _____ avait également indiqué qu'il avait « fait faire des radiographies du genou droit » de l'assuré. Il ne s'agit donc pas d'une erreur décisive. Dans son appréciation, le Dr G _____ a précisé que la lésion complexe du ménisque interne avec une fissuration horizontale était typique d'un problème d'usure et ne provenait pas de

l'accident du 15 septembre 2020. Rien ne vient contredire cette affirmation. Au contraire, une simple recherche sur des sites médicaux permet de

- 11 - confirmer que les lésions (déchirures ou fissures) dégénératives, qui surviennent de manière progressive habituellement chez des patients de plus de quarante ans, sont souvent horizontales (cf. <https://www.chirurgie-hanche-genou.fr/lesions-meniscales>) et touchent plus volontiers le ménisque interne (cf. <https://www.iml.care>, rubrique Soigner, article Que faire en cas de fissure de votre ménisque ?). En outre, force est de constater que dans ses conclusions, le radiologue n'a retenu que des dégénérescences et n'a observé aucune lésion franche du ménisque ni lésion des ligaments. C'est l'état dégénératif global du genou droit qui a conduit le Dr D _____ à proposer la mise en place d'une prothèse totale, comme cela ressort du son courrier du 10 novembre 2020 à la Dresse F _____ (« En conclusion, Monsieur X _____ souffre d'une gonarthrose varisante droite décompensée pour laquelle je lui propose une arthroplastie totale) et du protocole opératoire qui mentionne le diagnostic de gonarthrose droite et non celui de lésion du ménisque interne. En effet, comme l'a expliqué le Dr G _____, même sans l'accident, l'articulation était si fortement arthrosée qu'elle aurait fini par nécessiter la mise en place d'une prothèse totale. Selon les médecins-conseils, l'accident n'a fait que déclencher le problème plus tôt. Cela rejoint l'avis du Dr D _____ lorsqu'il indique que l'accident a décompensé la maladie arthrosique préexistante, ne laissant pas d'autre choix que d'opérer. Que cette décompensation soit simple ou aiguë n'est pas relevant, puisque le genou aurait de toute façon dû être opéré à terme. Pour sa part, dans ses rapports, notamment celui du 12 mai 2021, le Dr C _____ s'est contenté d'affirmer que l'opération du 4 décembre 2020 était en lien avec l'accident et que l'entorse subie à l'occasion de celui-ci était à l'origine de la lésion méniscale interne, sans expliquer quelles constatations objectives permettaient de retenir une telle origine accidentelle. Le reproche émis par le recourant à l'encontre des avis des médecins-conseils, plus particulièrement de celui du Dr E _____ qui n'aurait pas établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion vue à l'IRM était antérieure à l'événement traumatique, peut ainsi être retourné contre le Dr C _____ qui n'a pas étayé ses conclusions du point de vue médical. Son avis ne saurait suffire à retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, un lien de causalité naturelle entre l'événement traumatique et les lésions présentées par le recourant à son genou droit.

E. 4

Mal fondé, le recours est rejeté et la décision sur opposition du 10 mars 2022 confirmant la décision du 16 mars 2021 mettant fin aux prestations au 1er décembre 2020 est confirmée. Le dossier étant suffisamment clair et probant, il n'y a pas lieu mettre en

- 12 - œuvre de plus amples mesures d'instruction, telle que l'expertise requise par le recourant (sur l'appréciation anticipée des preuves : ATF 145 I 167 consid.4.1).

E. 4.1

La procédure est gratuite (art. 61 let. fbis LPGA), la loi spéciale, en l'occurrence la LAA, ne prévoyant pas le prélèvement de frais.

E. 4.2

Vu le sort du litige, il n'est pas alloué de dépens.

Prononce

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

Sion, le 23 avril 2024

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