

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 6 octobre 2009

Présidence de M. JOMINI
Juges : MM. de Goumoëns et Bidiville, assesseurs
Greffière : Mme de Quattro Pfeiffer

Cause pendante entre :

L. _____, à Renens, recourant,

et

CAISSE NATIONALE SUISSE D'ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENTS (ci-après : CNA), à Lucerne, intimée, représentée par Me Didier Elsig, avocat à Lausanne.

Art. 6 al. 1 LAA

E n f a i t :

A. L._____, né en 1967, plâtrier-peintre, est assuré à ce titre auprès de la CNA contre les accidents professionnels et non professionnels. Le 24 août 2007, alors qu'il travaillait sur une échelle, il a été victime d'une chute, entraînant une entorse du genou droit. Son médecin traitant, le Dr F._____, généraliste, a attesté d'abord une incapacité totale de travail, puis une incapacité de 50% depuis le 8 octobre 2007.

Le médecin traitant a fait procéder à divers examens médicaux, à savoir notamment une IRM du genou droit le 10 septembre 2007, des examens les 25 et 28 septembre 2007 par le Dr G._____, rhumatologue, et un contrôle le 12 novembre 2007 chez le Dr S._____, chef de clinique au service d'orthopédie du [...]. Un traitement conservateur alliant physiothérapie et le port d'un bandage a été prescrit.

L'assuré a en outre été vu à plusieurs reprises par le médecin d'arrondissement de la CNA, le Dr H._____. Dans un rapport du 10 juin 2008, ce dernier a notamment relevé que l'intéressé avait développé des lombosciatalgies droites, mais que ces troubles n'étaient pas en relation de causalité pour le moins probable avec l'accident du 24 août 2007. Il a préconisé un séjour à la Clinique [...] pour un bilan global.

L'assuré a été hospitalisé dans cette clinique du 23 septembre au 14 octobre 2008. Un rapport a été établi le 27 octobre suivant par les Drs Q._____, chirurgien orthopédique, et B._____, médecin-assistante, qui ont tiré la conclusion suivante :

« Monsieur L._____ nous est adressé pour une évaluation multidisciplinaire, 1 an après un traumatisme au genou droit et dans un contexte de douleurs lombaires surajoutées. Concernant le genou, les douleurs sont en relation avec une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-patellaire débutante et le patient présente probablement des accrochages rotuliens. Il y a des arguments pour une dysplasie de la trochlée à l'imagerie. Il n'y a pas de signe indirect visible pour une luxation de la rotule. Comme déjà mentionné, il n'y a aucune indication opératoire. On note beaucoup d'auto-limitations dans la participation du patient.

Le problème lombaire est d'origine musculo-squelettique non spécifique et on constate une nette discordance entre l'intensité des plaintes et les très discrètes anomalies objectives. On a tenté de rassurer le patient et l'encourager à s'engager sans retenue dans la réadaptation qui lui a été proposée, tant pour le genou que le dos, sans amélioration objective en fin de séjour. On observe que des facteurs non médicaux, telle que la focalisation sur la douleur, les auto-limitations constatées, pourraient représenter un frein à la rééducation et à la réinsertion ».

Le Dr H. _____ a rédigé son rapport final le 9 janvier 2009, sur la base d'un examen clinique et des rapports médicaux précités. Il en a conclu ce qui suit :

« Actuellement, le patient dit qu'il a toujours des douleurs dans le genou droit, un peu diffuses, prédominant quand même à sa face antéro-interne Il souffre aussi passablement du dos. Il a des épisodes de blocage.

A l'examen clinique, on retrouve un patient de grande taille et de constitution athlétique, présentant un excès pondéral important, un peu lymphatique mais à la thymie maintenue, qui marche sans boiterie, avec aisance.

Objectivement, le genou droit, qui est volumineux et difficile à examiner, est tout à fait calme et il a une mobilité complète. Il n'y a pas de signes méniscaux vrais ni de signes rotuliens nets. Il n'y a pas de laxité pathologique évidente. Le quadriceps a un excellent tonus et une très bonne force. Il n'y a d'ailleurs aucune amyotrophie de la cuisse droite.

Il y a donc une certaine discordance entre l'importance des plaintes, notamment les douleurs avancées, et les constatations objectives de l'examen radio-clinique.

Le bien-fondé d'un reclassement professionnel a été admis.

Lors de l'accident du 24.8.07, le patient a tout au plus été victime d'une sub-luxation de la rotule dans le cadre d'une dysplasie trochléenne modérée et en présence d'une gonarthrose fémoro-tibiale interne et fémoro-partellaire débutante.

Dans la mesure où cet accident n'a entraîné aucune lésion objectivable qu'on puisse directement lui rapporter, il n'est pas susceptible de déployer indéfiniment des effets et, après bientôt 1 an de demi d'évolution, le statu quo sine est certainement atteint ».

Le 19 janvier 2009, la CNA (SUVA Lausanne) a rendu une décision selon laquelle, à partir du 1^{er} février 2009, l'incapacité de travail et le traitement médical ne seraient plus à la charge de l'assurance-accidents mais de l'assurance-maladie. Elle a retenu que, selon l'appréciation médicale, l'état de santé tel qu'il aurait été sans l'accident (statu quo sine) pouvait être considéré comme atteint le 31 janvier 2009

au plus tard, les troubles subsistants n'étant plus dus à l'accident mais étant exclusivement de nature malade.

L'assuré s'est opposé à cette décision le 18 février 2009, faisant valoir en substance qu'il n'avait jamais souffert du genou avant sa chute accidentelle, qu'une entorse ou une luxation était une cause fréquente de l'arthrose, qu'il ne ressortait d'aucun rapport médical que cette gonarthrose était préexistante, et qu'il serait donc « intolérable de considérer que, sans l'accident, [il] serai[t] aujourd'hui, soit environ un an et demi après l'accident, en incapacité de travail en raison d'une arthrose du genou ». Il a ajouté que « quand bien même on pourrait considérer qu'en raison de [son] âge, de [sa] constitution ou de la dysplasie trochléenne qui a été diagnostiquée au niveau de [son] genou, [il était] sujet plus qu'un autre à des problèmes d'arthrose », il n'était pas admissible de soutenir, « au degré de la vraisemblance prépondérante », que la gonarthrose était liée uniquement à d'autres facteurs que l'accident.

Par décision sur opposition du 24 février 2009, la CNA (SUVA Lucerne) a rejeté l'opposition de l'assuré, considérant ce qui suit :

« En l'espèce, la Suva ne voit pas de raison de s'écarter de l'avis émis en toute connaissance de cause par le médecin d'arrondissement. En particulier, c'est en vain que l'assuré prétend que la gonarthrose est en relation avec l'accident. Ses allégations ne sont confortées par aucun avis médical. Le fait qu'avant l'accident l'assuré n'a jamais souffert de son genou n'a aucune pertinence sur l'issue de la présente procédure. Le principe "post hoc, ergo propter hoc" (après celui-ci, donc à cause de celui-ci) ne saurait être considéré comme un moyen de preuve et ne permet pas d'établir un lien de causalité naturelle au degré de la vraisemblance prépondérante exigé en matière d'assurance-accidents ».

B. Le 26 mars 2009, L._____ a adressé à la CNA une déclaration de recours contre la décision sur opposition. Cet acte a été transmis à la Cour de céans. Un délai a été fixé au recourant pour compléter son mémoire (art. 61 let. b LPGA [loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales, RS 830.1]). Dans une écriture complémentaire du 30 avril 2009, l'assuré a pris des conclusions tendant principalement à l'annulation de la décision attaquée,

ordre étant donné à l'assurance-accidents de prendre en charge son incapacité de travail ainsi que les traitements médicaux à venir. Dans ses conclusions subsidiaires, il a demandé l'établissement d'une expertise médicale neutre visant en particulier à établir le lien de causalité entre l'accident et l'atteinte à la santé. S'agissant de la motivation, l'argumentation développée dans le recours reprend celle présentée dans l'opposition.

Dans sa réponse du 2 juillet 2009, la CNA conclut au rejet du recours, dans la mesure où il est recevable, et à la confirmation de sa décision sur opposition.

Le recourant a renoncé à déposer des déterminations complémentaires dans le délai qui lui a été fixé.

E n d r o i t :

1. Interjeté dans le délai légal de trente jours dès la notification de la décision attaquée, le recours est déposé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA) ; il satisfait en outre aux autres conditions légales (art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable en la forme.

2. D'après la décision attaquée et les griefs du recourant, la contestation porte uniquement sur l'existence d'un lien de causalité entre l'accident du 24 août 2007 et l'atteinte actuelle au genou droit. L'influence, sur la capacité de travail, des atteintes ou des douleurs au dos (lombosciatalgies) n'a pas à être discutée dès lors que le recourant admet qu'il ne s'agit pas d'une séquelle de l'accident.

a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20), 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. 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. Cette exigence est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans la survenance de l'événement 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. En effet, il faut et il suffit que l'événement 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 condition sine qua non de celle-ci. 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 les renseignements médicaux, et qui doit être tranchée à l'aune du principe du degré de vraisemblance prépondérante, appliqué généralement à l'appréciation des preuves en matière d'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 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3 ; TF 8C_858/2008 du 14 août 2009, consid. 3).

En cas d'état maladif antérieur, si l'accident n'a fait que déclencher un processus qui serait de toute façon survenu sans cet événement, le lien de causalité naturelle entre les symptômes présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état maladif antérieur est revenu au stade où il se trouvait avant l'accident (statu quo ante) ou s'il est parvenu au stade d'évolution qu'il aurait atteint sans l'accident (statu quo sine) (TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009, consid. 3.2). L'examen de l'existence d'un lien de causalité naturelle revient donc à se demander si l'accident a causé une aggravation durable de l'état maladif antérieur ou une nouvelle atteinte durable dans le sens d'un résultat pathologique sur la partie du corps déjà lésée. Le point de savoir si l'atteinte est encore imputable à l'accident ou ne l'est plus doit être tranché en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante (Frésard/Moser-

Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, Vol. XIV, 2^{ème} éd., n° 80 p. 865).

b) Dans le cas particulier, les renseignements d'ordre médical pris en considération dans la décision attaquée proviennent d'un rapport du médecin de l'assurance. Ce lien de dépendance ne prive toutefois pas ces données de leur caractère probant s'il apparaît clairement que le médecin a donné son avis de manière impartiale et objective (cf. Frésard/Moser-Szeless, op. cit., p. 1024). Le recourant ne critique au demeurant pas le Dr H._____, qui l'a examiné, et ne prétend pas que son rapport manquerait d'objectivité. Celui-ci reprend ou se réfère du reste à d'autres avis médicaux qui, à propos des éléments décisifs pour le sort des prétentions du recourant, ne sont pas en contradiction avec l'appréciation finale. L'assuré admet lui-même que le médecin orthopédiste qu'il avait consulté n'avait pas souhaité se déterminer sur le sujet, de sorte qu'il n'a pas émis d'avis divergent.

Le recourant ne conteste pas non plus être « sujet plus qu'un autre à des problèmes d'arthrose », laissant ainsi entendre qu'il reconnaît l'existence, à cet égard, d'un état maladif ; sur ce plan, le diagnostic n'est donc pas réellement contesté. Au regard des éléments du dossier, la valeur probante du rapport du médecin de l'assurance doit être reconnue sans réserve, pour les motifs également exposés dans la décision attaquée. Ce rapport se réfère en outre à l'avis des médecins de la Clinique [...], qui paraît lui aussi bien étayé. Ainsi, vu les caractéristiques de l'accident, la nature de l'atteinte accidentelle au genou droit (sub-luxation de la rotule) et la longue période entre la chute et la fin des prestations de l'assureur-accidents (un an et demi), il est suffisamment établi, conformément à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, que l'atteinte qui subsiste n'est plus imputable à l'accident (progression jusqu'au statu quo sine). La Cour de céans n'a aucun motif de faire une appréciation différente de celle de la CNA, à laquelle des arguments identiques avaient été présentés. Dans ces conditions, la mise en œuvre d'une expertise médicale, au stade du recours judiciaire, ne se

justifie pas, car l'inexistence d'un rapport de causalité pertinent est suffisamment établie.

Il s'ensuit que les griefs du recourant sont mal fondés et que le recours doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision attaquée.

3. Le présent arrêt doit être rendu sans frais ni dépens.

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition prise le 24 février 2009 par la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires.
- IV.** Il n'est pas alloué de dépens.

Le président :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- L. _____
- Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
- Office fédéral de la santé publique

par l'envoi de photocopies.

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).

La greffière :