



**POUVOIR JUDICIAIRE
GERICHTSBEHÖRDEN**

ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

**Tribunal cantonal TC
Kantonsgericht KG**

Rue des Augustins 3, case postale 1654, 1701 Fribourg

T +41 26 304 15 00
tribunalcantonal@fr.ch
www.fr.ch/tc

605 2017 247

Arrêt du 5 novembre 2018

I^e Cour des assurances sociales

Composition

Président: Marc Boivin
Juges: Daniela Kiener, Marc Sugnaux
Greffière-rapporteuse: Maude Favarger

Parties

A. _____, **recourant**, représenté par CAP Protection Juridique SA

contre

BÂLOISE ASSURANCE SA, **autorité intimée**, représentée par Me Jean-Marie Favre, avocat

Objet

Assurance-accidents – causalité

Recours du 25 octobre 2017 contre la décision sur opposition du 25 septembre 2017

considérant en fait

A. A._____, né en 1981, domicilié à B._____, est employé par l'Etat de Fribourg. A ce titre, il est assuré contre les accidents professionnels et les accidents non professionnels ainsi que contre les maladies professionnelles auprès de la Bâloise Assurance SA (ci-après: la Bâloise).

Le 28 août 2016, il a subi une torsion de son genou gauche.

Le 3 novembre 2016, les premiers soins ont été donnés par le Dr C._____, spécialiste en chirurgie orthopédique.

Le 14 novembre 2016, l'assuré a adressé une déclaration d'accident à la Bâloise et annoncé l'événement survenu comme suit: *"Lors d'une baignade dans le lac de Neuchâtel, en sortant de l'eau, j'ai glissé sur une pierre mouillée. Mon genou s'est tordu et j'ai ressenti soudaine et une violente douleur au niveau de mon genou gauche"*.

L'assuré a été opéré le 7 décembre 2016 et mis au bénéfice d'une incapacité de travail à 100% du 7 décembre 2016 au 2 janvier 2017. Depuis cette date, il a repris le travail.

B. Par décision du 22 juin 2017, confirmée sur opposition le 25 septembre 2017, la Bâloise s'est référée à un rapport du 8 décembre 2016 de son médecin-conseil et a indiqué que le lien de causalité naturelle et adéquate entre les troubles présentés et l'événement du 28 août 2016 n'était plus admis dès le 11 octobre 2016 [recte: le 8 novembre 2016], date de l'IRM effectuée à la demande du chirurgien traitant. L'accident du 28 août 2016 n'avait présenté qu'une aggravation passagère de l'état de santé de l'assuré et un retour au statu quo sine pouvait être fixé au 10 octobre 2016 [recte: le 8 novembre 2016]. Par conséquent, les traitements médicaux et l'incapacité de travail étaient sans relation avec l'accident dès le 11 octobre 2016 [recte: le 8 novembre 2016] et à mettre sur le compte de facteurs étrangers à l'accident du 28 août 2016.

C. Contre la décision sur opposition du 25 septembre 2017, A._____, représenté par CAP Protection Juridique SA, interjette un recours de droit administratif auprès de l'Instance de céans le 25 octobre 2017. Il conclut à l'annulation de la décision attaquée et à la prise en charge des frais de traitement médicaux et des indemnités journalières. A l'appui de son recours, il soutient que l'autorité intimée a accordé pleine valeur probante aux conclusions de son médecin-conseil, le Dr D._____, et a retenu uniquement le rapport d'expertise de ce dernier, écartant les différents rapports établis par le Dr C._____. L'autorité intimée n'explique cependant pas pourquoi elle écarte les rapports médicaux du Dr C._____, violant ainsi la jurisprudence du Tribunal fédéral, laquelle précise que lorsqu'une décision administrative s'appuie exclusivement sur l'appréciation d'un médecin interne à l'assureur social et que l'avis d'un médecin traitant ou d'un expert privé laisse subsister des doutes mêmes faibles quant à la fiabilité et la pertinence de cette appréciation, la cause ne saurait être tranchée en se fondant sur l'un ou sur l'autre de ces avis et il y a lieu de mettre en œuvre une expertise.

Par ordonnance du 27 octobre 2017, la Cour de céans a transmis le recours à la Bâloise et lui a donné un délai de 30 jours pour déposer des observations.

Il n'y a pas eu d'observations déposées dans le délai imparti.

En septembre 2018, constatant l'absence du dossier de la Bâloise, la Greffière-rapporteuse a pris contact téléphoniquement avec celle-ci afin qu'elle lui adresse le dossier.

La Bâloise dépose une détermination le 27 septembre 2018, dans laquelle elle conclut au rejet du recours. Elle relève que le recourant affirme avoir eu un accident le 28 août 2016 alors qu'il n'a consulté son médecin que le 3 novembre 2016. Elle se fonde sur l'appréciation du Dr D. _____, laquelle ne semble pas contester l'avis du Dr C. _____, et indique que l'événement du 28 août 2016 n'a pas provoqué une lésion structurelle, se limitant à une aggravation passagère de la situation et dès lors un lien de causalité naturelle n'est pas donné avec une vraisemblance prépondérante après l'IRM du 10 novembre 2016 [recte: le 8 novembre 2016].

Dans une détermination du 15 octobre 2018, le recourant mentionne qu'un envoi du recours à la Bâloise sous pli simple est conforme à la loi. Ainsi, l'empêchement d'agir dans le délai imparti constitue une faute commise par la Bâloise et il ne doit pas être tenu compte de sa détermination déposée tardivement. Pour le surplus, il précise que si la consultation chez le médecin n'a eu lieu que deux mois plus tard, c'est parce que les douleurs étaient devenues insupportables. Pour ce qui concerne les éléments médicaux du dossier, il renvoie à son recours.

Le 24 octobre 2018, la Bâloise produit le rapport initial du Dr C. _____ du 22 novembre 2016, rapport qui manquait au dossier.

Il n'y a pas eu d'autre échange d'écritures entre les parties.

Il sera fait état des arguments, développés par celles-ci à l'appui de leurs conclusions respectives, dans les considérants en droit du présent arrêt, pour autant que cela soit utile à la solution du litige.

en droit

1.

Interjeté en temps utile et dans les formes légales auprès de l'autorité judiciaire compétente par un assuré directement touché par la décision attaquée et dûment représenté, le recours est recevable.

1.1. Vu l'issue du recours, la question de la recevabilité de la détermination du 27 novembre 2018 peut rester ouverte.

2.

Les dispositions de la 1^{ère} révision de l'assurance-accidents (changement du 25 septembre 2015) ont entraîné la modification de certaines dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits déterminants se sont produits (ATF 130 V 445), le juge n'a pas à prendre en considération les modifications de droit ou l'état de fait postérieurs à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 132 V 315 consid. 3.1.1 et 129 V 1 consid. 1.2). Selon les dispositions transitoires y relatives, pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de cette modification et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date, les prestations d'assurance sont allouées selon l'ancien droit. Par conséquent, les nouvelles dispositions légales introduites dans le cadre de la 1^{ère} révision de l'assurance-accidents, entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2017, ne sont ici pas applicables.

3.

3.1. En vertu de l'art. 6 al. 1 de la loi du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents (LAA; RS 832.20), les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Par accident au sens de cette disposition, on entend 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 (art. 4 de la loi du 6 octobre 2000 sur la partie générale des assurances sociales [LPGA; RS 830.1]).

Selon l'art. 9 al. 2 de l'ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents (OLAA, RS 832.202), dans sa teneur jusqu'au 31 décembre 2016, certaines lésions, énumérées exhaustivement, sont assimilées à un accident pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Il en va ainsi des déchirures du ménisque (let. c).

Les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré.

3.2. Le droit à des prestations découlant de l'assurance-accidents suppose tout d'abord, entre l'événement de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle. L'exigence d'un tel lien de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Savoir s'il existe un rapport de causalité naturelle est une question de fait, généralement d'ordre médical, qui doit être résolue en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante. 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, sans quoi le droit aux prestations fondées sur l'accident doit être nié (ATF 129 V 177 consid. 3.1; 119 V 335 consid. 1). Toutefois, la seule possibilité que l'accident soit en lien de causalité ne suffit pas pour fonder le droit aux prestations (RAMA 1997 p. 167 consid. 1a; ATF 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références).

En particulier, le principe "après l'accident, donc à cause de l'accident" ("*post hoc, ergo propter hoc*") 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 (ATF 119 V 341 consid. 2b/bb).

Le droit aux prestations de l'assurance-accidents suppose, outre un rapport de causalité naturelle, un rapport de causalité adéquate entre l'événement accidentel et l'atteinte à la santé. En tant que principe répondant à la nécessité de fixer une limite raisonnable à la responsabilité de l'assureur-accidents sociale, la causalité adéquate n'a cependant pratiquement aucune incidence en présence d'une atteinte à la santé physique en relation de causalité naturelle avec l'accident, du moment que dans ce cas l'assureur répond aussi des atteintes qui ne se produisent habituellement pas selon son expérience médicale (ATF 127 V 102 consid. 5b/bb et les références).

3.3. Comme rappelé ci-avant, la responsabilité de l'assureur-accidents s'étend, en principe, à toutes les conséquences dommageables qui se trouvent dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec l'événement assuré.

Si l'on peut admettre qu'un 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*). En principe, l'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 (arrêt TF U 220/02 du 6 août 2003 consid. 2.3).

En vertu de l'art. 36 LAA, il y a obligation pour l'assureur de servir des prestations d'assurance aussi longtemps que les suites de l'accident jouent un rôle causal. Les prestations peuvent donc être suspendues ou supprimées lorsque les suites de l'accident ne jouent plus aucun rôle causal, soit lorsque le *statu quo sine/quo ante* est atteint.

4.

Selon la jurisprudence en matière d'appréciation des preuves, 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. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher la cause sans apprécier l'ensemble des preuves ni indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale plutôt que sur une autre (ATF 125 V 351 consid. 3a).

L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description des interférences médicales soit claire et enfin, que les conclusions de l'expert soient dûment motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 125 V 351 consid. 3a).

5.

Le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une présomption à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité de son appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères en ce qui concerne l'impartialité de l'expert (ATF 122 V 160 consid. 1c et les références).

Quant aux rapports médicaux des médecins traitants, le juge peut et doit même tenir compte du fait relevant de l'expérience que, de par sa position de confident privilégié que lui confère son mandat, le médecin traitant tranchera dans le doute en faveur de son patient (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références citées).

6.

Est litigieuse la question du refus par la Bâloise de prise en charge du cas au-delà du 8 novembre 2016, date de l'IRM à laquelle elle se réfère, et non au-delà du 11 octobre 2016, date mentionnée par erreur dans ses écritures.

6.1. Il convient de se référer au dossier et, plus particulièrement, aux rapports médicaux qui y figurent.

L'assuré a subi une IRM du genou gauche le 8 novembre 2016. Les conclusions de l'IRM sont les suivantes: pas de cause franche trouvée aux douleurs médiales, pas de lésion visible du ménisque médial. Petite dysplasie fémoro-patellaire. Discrète plica médio-patellaire. Lésion ostéo-chondrale antérieure ponctuelle du condyle médial. Discrète arthrose tibio-fibulaire supérieure discrètement accentuée. LCP de présentation normale alors qu'il existait une rupture non transfixiante significative en 2008.

Selon le rapport médical du Dr C. _____ du 22 novembre 2016, il a rencontré l'assuré le 3 novembre 2016 et diagnostiqué un plica, lésion ostéochondrale ant-int du genou gauche et une bursite de la cheville gauche. Ses constatations objectives sont les suivantes: genou gauche: ménisque interne +++, douleurs +++, cheville gauche: masse ant. int. malléole interne. Les constatations radiologiques sont: O lésion osseuse. A la question "suites de l'accident", il répond par l'affirmative. Il indique qu'une opération est prévue le 6 décembre 2016.

Le 7 décembre 2016, l'assuré a subi une arthroscopie du genou gauche. Dans son protocole opératoire du 7 décembre 2016, le Dr C. _____ indique que ce patient présente des gonalgies gauches, post-traumatiques, qui ne passent pas. Une IRM fait suspecter, outre un problème de plica, des lésions méniscales et que dans ce contexte, l'indication opératoire se pose. Au niveau de la rotule et du compartiment fémoro-rotulien, il n'y a pas de lésion. Au niveau du compartiment interne, il n'y a pas de lésion cartilagineuse mais une lésion de la corne antérieure du ménisque interne. Au niveau du compartiment externe, il y a une lésion de la corne postérieure mais aussi moyenne du ménisque externe. Il pose donc le diagnostic de genou à gauche, déchirure de la corne antérieure du ménisque interne, postérieure et moyenne du ménisque externe. Plica synovialis.

Dans son rapport médical à l'intention de la Bâloise, son médecin-conseil, le Dr D. _____ indique, le 8 décembre 2016, au sujet de la lésion, qu'il s'agit d'une forte lésion du genou gauche et violente douleur. Il pose le diagnostic de status après lésion partielle du LCP du genou gauche en 2008. Discrète dysplasie fémoro-patellaire, discrète plica médio-patellaire, lésion ostéochondrale du condyle interne genou droit et discrète arthrose tibio-fibulaire (péronière) proximale gauche. Il précise que cela n'est pas une lésion selon l'art. 9 al. 2 OLAA et que la lésion corporelle est manifestement imputable à une maladie ou à un phénomène dégénératif. A la question de savoir si l'atteinte à la santé évoquée est, avec un degré de vraisemblance prépondérante, au moins une suite partielle de l'accident du 28 août 2016, il répond que la causalité naturelle est probable pour le diagnostic de probable entorse bénigne gauche (sans lésion démontrée des ligaments et des ménisques sur l'IRM de genou le 8 novembre 2016). A la question de savoir si des maladies, des états malades préexistants, d'autres circonstances étrangères à l'accident ou des suites d'accidents antérieurs contribuent aussi, il répond oui, il s'agit du status après lésion partielle du LCP du genou gauche en 2008, de la discrète dysplasie fémoro-patellaire, de la discrète plica médio-patellaire, de la lésion ostéochondrale du condyle interne du genou droite et de la discrète arthrose tibio fibulaire (péronière) proximale gauche. Il précise que l'accident a provoqué une aggravation passagère. A la question de savoir si l'état de santé de l'assuré procède, avec un degré de vraisemblance prépondérante, de causes étrangères à l'accident (*status quo sine vel ante*) et le cas échéant depuis quand, il répond que l'accident a cessé de déployer ses effets à la date de l'IRM du 10 octobre 2016 [recte: le 8 novembre 2016] qui n'a pas démontré de lésion structurelle qui lui serait imputable. A la question de savoir si au vu du

dossier et du rapport médical du 22 novembre 2016 du Dr C._____, l'opération est bien en lien de causalité avec l'événement survenu le 28 août 2016, il répond que, sur la base du dossier à disposition, il n'y a pas de lésion du genou gauche en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 28 août 2016 qui nécessite un traitement chirurgical. Il y a eu un peu plus de deux mois entre le 28 août 2016 et le 3 novembre 2016 avant que l'assuré puisse être ausculté par le Dr C._____. Ceci démontre que la probable entorse du genou gauche était bénigne puisqu'elle n'a pas nécessité de consultation chez le Dr C._____ avant le 3 novembre 2016.

Le 12 décembre 2016, le Dr C._____ a adressé un rapport d'opération au Dr E._____, médecin traitant de l'assuré, lequel faisait état du diagnostic suivant: genou à gauche, déchirure de la corne antérieure du ménisque interne, postérieure et moyenne du ménisque externe. Plica synovialis (code: S 83.2).

6.2. Dans son recours, le recourant reproche à l'autorité intimée de s'être appuyée, pour fonder sa décision, sur les seules conclusions de son médecin-conseil en écartant sans en expliquer les raisons les rapports médicaux du Dr C._____.

Les griefs du recourant sont de nature à remettre en cause la décision attaquée.

En effet, les pièces du dossier médical sont contradictoires. D'un côté, il y a l'IRM effectuée le 8 novembre 2016, laquelle ne montre pas de lésion visible du ménisque. C'est sur cette IRM que le Dr D._____ s'est basé pour affirmer qu'il n'y a pas de lésion du genou gauche en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement du 28 août 2016. Et de l'autre côté, il y a le protocole opératoire, protocole qui n'a pas été soumis au Dr D._____ de sorte que celui-ci n'a ainsi pas pu se prononcer sur lui. Ce protocole mentionne qu'il y a une lésion de la corne antérieure du ménisque interne ainsi qu'une lésion de la corne postérieure mais aussi moyenne du ménisque externe. C'est ce constat qui a fait que le Dr C._____ pose, lui, le diagnostic, s'agissant du genou gauche, de déchirure de la corne antérieure du ménisque interne, postérieure et moyenne du ménisque externe.

Dans ces circonstances, en présence de deux opinions médicales divergentes, il est difficile de se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre et l'avis du médecin-conseil de la Bâloise ne saurait être considéré comme décisif, de sorte que l'on doit admettre que l'instruction à laquelle a procédé la Bâloise était à tout le moins entachée d'un doute. Ceci est particulièrement vrai quand l'on sait que cette dernière n'a pas soumis le protocole opératoire du 7 décembre 2016 pour appréciation à son médecin-conseil.

6.3 Compte tenu de ce qui précède, au vu de la jurisprudence récente du Tribunal fédéral, qui paraît préconiser qu'une expertise soit systématiquement diligentée en présence d'un "doute à tout le moins léger" quant à la pertinence de l'avis du médecin de la SUVA (cf. arrêts TF 8C_370/2017 du 15 janvier 2018 consid. 3.3.3; 8C_586/2017 du 20 décembre 2017 consid. 5.3; 8C_796/2016 du 14 juin 2017 consid. 4.4), et même si cette jurisprudence pourrait remettre en cause le principe de la vraisemblance prépondérante ici applicable, on ne saurait l'ignorer.

Il sied dès lors d'annuler la décision sur opposition litigieuse et de renvoyer le dossier à l'autorité intimée pour complément d'instruction, confié à un médecin spécialiste externe, afin de départager les opinions des Drs C._____ et D._____.

7.

Il n'est pas perçu de frais de justice en application du principe de la gratuité de la procédure prévalant en la matière.

Ayant obtenu gain de cause, le recourant a droit à des dépens. Compte tenu de la difficulté et de l'importance relative du litige, des seules opérations nécessaires effectuées par sa protection juridique, il se justifie de fixer l'équitable indemnité à CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA compris, et de la mettre à la charge de l'autorité intimée.

la Cour arrête:

- I. Le recours est admis.
Partant, la décision contestée est annulée.
- II. Il n'est pas perçu de frais de justice.
- III. L'équitable indemnité à laquelle a droit le recourant pour ses frais de défense est fixée à CHF 1'000.-, débours et éventuelle TVA compris, et mise intégralement à la charge de l'autorité intimée.
- IV. Notification.

Un recours en matière de droit public peut être déposé auprès du Tribunal fédéral contre le présent jugement dans un délai de 30 jours dès sa notification. Ce délai ne peut pas être prolongé. Le mémoire de recours sera adressé, en trois exemplaires, au Tribunal fédéral, Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne. Il doit indiquer les conclusions, les motifs et les moyens de preuve et être signé. Les motifs doivent exposer succinctement en quoi le jugement attaqué viole le droit. Les moyens de preuve en possession du (de la) recourant(e) doivent être joints au mémoire de même qu'une copie du jugement, avec l'enveloppe qui le contenait. La procédure devant le Tribunal fédéral n'est en principe pas gratuite.

Fribourg, le 5 novembre 2018/mfa

Le Président:

La Greffière-rapporteure: