

S2 22 66

JUGEMENT DU 12 DÉCEMBRE 2022

Tribunal cantonal du Valais Cour des assurances sociales

Composition : Candido Prada, président ; Thomas Brunner et Christophe Joris, juges ;
Pierre-André Moix, greffier

en la cause

X _____, recourant

contre

Y _____ SA, intimée, représentée par Maître M _____, avocat

(Valeur probante d'une expertise)

Faits

A. X _____, ressortissant français né en xxx, a travaillé depuis le 16 décembre 2019 en qualité de serveur pour le compte du restaurant A _____. A ce titre, il était assuré contre les accidents professionnels et non professionnels auprès de Y _____ SA. Son contrat de travail a pris fin le 31 mars 2020.

En janvier 2016, alors qu'il n'était pas encore assuré contre le risque d'accidents, l'assuré a été impliqué dans une rixe à B _____ au cours de laquelle il a reçu un coup à la face externe de son genou droit. Il a ensuite chuté et la face antérieure de ce dernier a heurté le sol.

En raison de fortes douleurs ressenties dans son genou droit à la suite de cet événement, l'assuré s'est rendu à l'hôpital de C _____. Une IRM de ce genou a été effectuée le 11 février 2016 par la Dresse D _____, spécialiste en radiologie. Cet examen a mis en évidence une zone de fissuration osseuse en regard du versant postérieur du plateau tibial interne ainsi qu'un important épanchement intra-articulaire en rapport avec des lésions d'hémarthrose. En revanche, aucune anomalie des structures tendineuses et ligamentaires du genou n'a été relevée, en particulier des ligaments croisés antéro externe et postérieur, ainsi que des ligaments collatéraux tibial et fibulaire.

Le 3 février 2020, l'assuré a été victime d'un accident sur le parking de E _____, en glissant sur une plaque de glace au moment d'entrer dans sa voiture. Son pied droit est alors resté coincé dans le pédalier, ce qui a entraîné une torsion de son genou droit. L'assuré a déclaré avoir à ce moment-là ressenti un craquement douloureux à l'arrière de son genou de même qu'une forte sensation d'instabilité. Le cas a été annoncé à l'assureur le 20 février 2020.

L'assuré a consulté le 6 février 2020, le Dr F _____, médecin interne au sein de la clinique médicale G _____ à H _____. Celui-ci a attesté une incapacité de travail de 100% depuis cette date jusqu'au 23 février 2020.

Le 14 février 2020, le Dr I _____, spécialiste FMH en radiologie, a effectué une IRM du genou droit de l'assuré. Son rapport a fait état d'une ancienne rupture complète du ligament croisé antérieur (LCA) de ce genou.

L'incapacité de travail totale a été prolongée au-delà du 23 février 2020 par certificats médicaux successifs du Dr J _____, spécialiste en médecine interne à la clinique

médicale G _____. Le dernier certificat médical au dossier a été établi le 30 avril 2020 et attestait une incapacité de travail totale du 30 avril au 19 mai 2020.

Le 25 février 2020, l'assuré a consulté le Dr K _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a diagnostiqué une rupture complète du LCA du genou droit et a proposé un traitement chirurgical en arthroscopie en vue d'une reconstruction. Cette intervention a été menée le 19 mai 2020 par ses soins à la Clinique L _____ SA à N _____. Dans le protocole opératoire, il a été indiqué que le ligament croisé antérieur présentait une déchirure complète, d'aspect aigu, avec ecchymose dans le moignon du LCA. Par certificat médical daté du même jour, il a au demeurant attesté une incapacité de travail de 100% du 19 mai 2020 au 21 juin 2020.

Dans son préavis du 4 juin 2020, le Dr O _____, FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, intervenant en qualité de médecin-conseil de l'assureur, a pris position de la manière suivante sur le cas de l'assuré : « *L'IRM du 14.02.2020 ne montre aucun épanchement, aucune contusion osseuse et aucune inflammation en particulier au niveau des ligaments croisés. De plus, le LCA est en grande partie résorbée (sic) et le LCP [ligament croisé postérieur] partiellement déchiré et cicatrisé. L'événement a probablement induit un giving-way sur une ancienne lésion. Cela est plausible car un rapport d'IRM de 11.02.2016 montrait une fissuration du plateau tibial, une hémarthrose avec un volumineux épanchement. Cependant, les ligaments semblaient intacts (ce qui n'est pas sûr). La causalité naturelle avec le dernier événement et les lésions à l'IRM de 2020 n'est que possible.* » Il a conclu que le présent cas était à la charge de l'assureur depuis l'accident du 3 février 2020 jusqu'au 14 février 2020, date de l'IRM ne montrant aucune lésion fraîche.

Le 11 juin 2020, le Dr J _____ a adressé un rapport médical à l'assureur, dans lequel il a exposé prendre en charge environ cinq cents cas de genoux traumatiques chaque hiver, de sorte qu'il disposait d'une expérience suffisante pour évaluer le caractère aigu et traumatique de la lésion de l'assuré. Il a rappelé que, dans son protocole opératoire du 19 mai 2020, le Dr K _____ avait relevé une rupture complète des ligaments croisés avec la présence d'une ecchymose dans le moignon du ligament ainsi qu'un aspect aigu de la lésion. Il a en outre souligné une clinique évidente d'une rupture récente du ligament croisé lors de la première consultation avec l'assuré. Il a par ailleurs estimé que l'IRM effectuée en 2016 avait mis en évidence un épaissement du corps du ligament croisé compatible avec une rupture partielle, avec une verticalisation toujours présente du ligament et donc un genou potentiellement

stable. Les images postérieures à l'accident de 2020 avaient clairement montré une disparition de la verticalité des fibres avec une absence complète de LCA tendu. Dès lors, de l'avis du Dr J _____, l'accident du 3 février 2020 avait été le déclencheur d'une rupture complète d'un LCA déjà fragilisé, ce qui expliquait le peu d'œdème visible à l'IRM. Sans cet accident, le LCA, bien que fragilisé depuis 2016, aurait permis une stabilité suffisante, si bien que le recours à une opération chirurgicale n'aurait pas été nécessaire.

L'assureur a transmis le 16 juin 2020 le protocole opératoire du 19 mai 2020 et l'IRM de 2016 au Dr O _____. Dans un préavis daté du 18 juin 2020, ce spécialiste a confirmé sa précédente position, en indiquant que l'IRM de 2016 montrait une contusion osseuse postéro-interne, une déchirure du LCA et de l'aileron rotulien interne. L'IRM de 2020, quant à elle, dévoilait une résomption partielle du LCA. Il a néanmoins proposé une expertise chez un chirurgien orthopédique, afin de confirmer ses conclusions.

L'assureur a mandaté le P _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, pour la réalisation d'une expertise médicale sur la personne de l'assuré. Dans son rapport d'expertise du 28 août 2020 faisant suite à l'examen clinique du 23 juillet 2020, l'expert a en substance considéré que la lésion du LCA du genou droit ne se trouvait clairement pas dans un lien de causalité naturelle avec l'accident du 3 février 2020. Un tel lien de causalité existait en revanche avec les événements survenus en janvier 2016. L'assuré présentait déjà une rupture complète du LCA du genou droit depuis 2016, dont la symptomatologie n'avait été que révélée - mais non pas causée - par l'événement bénin de février 2020. L'expert a de la sorte posé le diagnostic d'entorse bénigne (sans lésion anatomique objectivable à l'IRM) du genou droit. Selon lui, ce type d'entorses guérissait généralement sans séquelle en moins d'un mois, de sorte que le statu quo sine avait dû être retrouvé au plus tard à cette échéance.

Invité par l'assureur à prendre position sur ce rapport d'expertise, le Dr O _____ a estimé le 17 septembre 2020 qu'il s'agissait d'une bonne expertise, avant de conclure que l'opération pratiquée par le Dr K _____ n'était pas à la charge de l'assurance-accidents, le statu quo sine ayant été atteint le 3 mars 2020 au plus tard.

B. Par décision du 5 octobre 2020, l'assureur a mis un terme aux prestations de l'assurance-accidents avec effet au 3 mars 2020. Pour la prise en charge des frais médicaux dès le 4 mars 2020, l'assuré a été invité à s'adresser à l'assureur qui s'était occupé du cas en 2016.

Le 5 novembre 2020, l'assuré s'est opposé à cette décision, concluant principalement à la poursuite de la prise en charge de son cas au-delà du 3 mars 2020.

Par décision sur opposition du 11 janvier 2021, l'assureur a maintenu sa décision initiale. Il a relevé qu'indépendamment de la question de savoir s'il s'agissait bien d'un accident en l'espèce, se posait la question de la causalité. S'appuyant en particulier sur le rapport d'expertise du Dr P _____, il a fait valoir qu'il pouvait raisonnablement être affirmé que l'intervention du 19 mai 2020 et ses suites n'étaient certainement pas en lien de causalité naturelle avec l'événement du 3 février 2020.

C. Par écriture du 5 février 2021, X _____ a interjeté recours devant la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Q _____ en concluant à la poursuite de la prise en charge de son cas par l'intimée au-delà du 3 mars 2020. En substance, il a expliqué que sa chute du 3 février 2020 avait été l'élément déclencheur majeur de la rupture du LCA de son genou droit. Ce dernier avait simplement été fragilisé par les événements de 2016 et était fonctionnel depuis cette date. Le recourant a à cet égard souligné que l'expert avait reconnu qu'il était complètement asymptotique durant la période entre les deux accidents.

Dans sa réponse du 22 mars 2021, l'intimée a fait valoir qu'en invoquant le fait de ne pas avoir souffert de son genou droit avant l'accident du 3 février 2020, le recourant se fondait uniquement sur un raisonnement « post hoc ergo propter hoc », selon lequel la causalité serait donnée parce que les troubles en cause sont survenus après l'événement accidentel. Or, le point de savoir si celui-ci est en lien de causalité naturelle avec l'atteinte à la santé se déterminait avant tout en fonction des renseignements médicaux. L'intimée a renvoyé pour le surplus à sa décision sur opposition du 11 janvier 2021.

Le 31 mars 2022, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal Q _____ a indiqué aux parties que, dans la mesure où les Drs O _____ et P _____ étaient associés, à deux, pour l'exploitation d'un cabinet médical à la rue xxx à R _____, la question de la récusation du Dr P _____ et de la valeur probante de son expertise se posait. Cette question avait déjà été soulevée par elle-même dans un arrêt du 8 juillet 2021 qui avait fait l'objet d'une procédure de recours devant le Tribunal fédéral (réf. 8C_514/2021), laquelle était toujours pendante. Le juge a dès lors suspendu la procédure jusqu'à l'arrêt du Tribunal fédéral dans la cause précitée.

Par courrier du 24 mai 2022, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal Q _____ a informé les parties que le Tribunal fédéral avait statué le 27 avril 2022

dans la cause 8C_514/2021. Il les a ainsi invitées à consulter l'arrêt et leur a imparti un délai au 13 juin 2022 pour se déterminer à son égard. Dans le délai imparti, le mandataire de l'intimée a déclaré ne pas avoir de remarque à formuler sur l'arrêt en question et a pour le surplus renvoyé intégralement à ses précédentes écritures, tout en maintenant les conclusions prises dans celles-ci. Le recourant n'a quant à lui pas fait part d'observations.

D. Par arrêt du 14 septembre 2022, la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal Q _____, après avoir relevé que le dernier domicile en Suisse du recourant se trouvait dans le canton du Valais, tout comme le siège de son dernier employeur, a transmis la cause à la Cour de céans comme objet de sa compétence.

Considérant en droit

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.

Daté du 5 février 2021 et réceptionné le 11 février 2021, le recours à l'encontre de la décision sur opposition du 11 janvier précédent a été interjeté dans le délai légal de trente jours (art. 60 LPGA). Déposé devant un tribunal incompétent à raison du lieu, il a été transmis par acte du 14 septembre 2022 à la Cour de céans, compétente compte tenu du fait que le dernier domicile en Suisse du recourant se trouvait en Valais (art. 58 al. 2 LPGA). Il répond par ailleurs aux autres conditions formelles de recevabilité (art. 61 let. b LPGA), de sorte que la Cour doit entrer en matière.

2.1 Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée du traitement médical du recourant ainsi que sur le droit au versement d'indemnités journalières pour la période postérieure au 3 mars 2020.

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. Parmi ces prestations figurent notamment le droit au traitement médical approprié des lésions résultant de l'accident (art. 10 al. 1 LAA), le versement d'une rente d'invalidité (art. 18 al. 1 LAA) et d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité (art. 24 al. 1 LAA).

L'article 4 LPGA définit l'accident comme 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. La notion d'accident repose donc sur cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

2.3 Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en premier lieu, 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 cet 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 ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale 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, 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 le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

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. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 et arrêt 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées).

2.4 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 serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (statu quo sine) (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 consid. 3b, 1992 n° U 142 p. 75 ; arrêts 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 consid. 1.2 ; 8C_552/2007 du 19 février 2008 consid. 2). 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 (arrêt 8C_373/2013 du 11 mars 2014 consid. 3.2).

3. En l'espèce, l'intimée a laissé ouverte la question de savoir si l'événement du 3 février 2020 constituait un accident.

Le fait de glisser sur une plaque de glace au moment d'entrer dans un véhicule et de se tordre le genou déjà engagé dans celui-ci constitue indéniablement un accident. En effet, il s'agit dans ce cas de figure d'une atteinte dommageable à la santé pouvant être catégorisée de soudaine et involontaire et reposant sur un facteur extérieur extraordinaire. Le déroulement naturel du mouvement de l'assuré, qui a voulu pénétrer dans sa voiture, a été interrompu par un empêchement « non programmé » lié à l'environnement extérieur, à savoir une glissade.

4.1 Afin de refuser la prise en charge du traitement médical et le versement des indemnités journalières au-delà du 3 mars 2020, l'intimée se fonde essentiellement sur l'expertise du Dr P _____. Le recourant y oppose les avis des Drs J _____ et K _____.

4.2 Selon l'article 44 LPG, si l'assureur doit recourir aux services d'un expert indépendant pour élucider les faits, il donne connaissance du nom de celui-ci aux parties ; celles-ci peuvent récuser l'expert pour des raisons pertinentes et présenter des contre-propositions. La communication du nom de l'expert doit notamment permettre à l'assuré de reconnaître, s'il s'agit d'une personne à l'encontre de laquelle il pourrait disposer d'un motif de récusation. Lorsque l'intéressé soulève des objections quant à la personne de l'expert, l'assureur doit se prononcer à leur sujet avant le commencement de l'expertise (arrêt 8C_514/2021 du 27 avril 2022 consid. 3.1 et les références citées in ATF 148 V 225).

Si un motif de récusation n'est découvert qu'au moment de la réalisation de l'expertise ou après celle-ci, le motif de récusation doit être invoqué dès que possible, soit en principe dès que le plaideur a connaissance du motif, faute de quoi il est réputé avoir tacitement renoncé à s'en prévaloir. Il est en effet contraire au principe de la bonne foi d'attendre l'issue d'une procédure pour ensuite, à l'occasion d'un recours, tirer argument d'un motif de récusation qui était connu auparavant (ATF 148 V 225 consid. 3.2 et les références citées).

Une violation des règles relatives à la récusation peut cependant être constatée d'office, quand bien même aucune partie n'a soulevé la question en temps utile, et ce notamment dans le contexte de l'appréciation de la valeur probante d'un rapport d'expertise (Jean Métral, in Commentaire romand, Loi sur la partie générale des assurances sociales, Bâle 2018, n° 33 ad art. 56 LPGA).

Les objections qui peuvent être soulevées à l'encontre de la personne de l'expert peuvent être de nature formelle ou matérielle : les motifs de récusation formels sont ceux prévus par la loi (cf. art. 36 al. 1 LPGA) ; d'autres motifs, tels que le manque de compétence dans le domaine médical retenu ou encore un manque d'adéquation personnelle de l'expert, sont de nature matérielle (ATF 148 V 225 consid. 3.3 et les références citées).

S'agissant des motifs de récusation formels d'un expert, il y a lieu selon la jurisprudence d'appliquer les mêmes principes que pour la récusation d'un juge, qui découlent directement du droit constitutionnel à un tribunal indépendant et impartial garanti par l'article 30 alinéa 1 Cst. - qui en la matière a la même portée que l'article 6 paragraphe 1 CEDH (ATF 134 I 20 consid. 4.2) - respectivement, pour un expert, des garanties générales de procédure de l'article 29 alinéa 1 Cst., qui assure à cet égard une protection équivalente à celle de l'article 30 alinéa 1 Cst. Un expert passe ainsi pour prévenu lorsqu'il existe des circonstances propres à faire naître un doute sur son impartialité. Dans ce domaine, il s'agit toutefois d'un état intérieur dont la preuve est difficile à apporter. C'est pourquoi il n'est pas nécessaire de prouver que la prévention est effective pour récuser un expert. Il suffit que les circonstances donnent l'apparence de la prévention et fassent redouter une activité partielle de l'expert. L'appréciation des circonstances ne peut pas reposer sur les seules impressions de l'expertisé, la méfiance à l'égard de l'expert devant au contraire apparaître comme fondée sur des éléments objectifs. Compte tenu de l'importance considérable que revêtent les expertises médicales en droit des assurances sociales, il y a lieu de poser des exigences élevées

quant à l'impartialité de l'expert médical (ATF 148 V 225 consid. 3.4 et les références citées).

Dans l'ATF 148 V 225, le Tribunal fédéral a jugé que le fait pour deux médecins de travailler tous les jours dans les mêmes locaux au sein d'un petit cabinet de groupe, dont ils partagent les frais, est de nature à faire naître à tout le moins une apparence de prévention lorsque l'un des associés est désigné comme expert par un assureur-accidents, alors que son associé a déjà émis un avis médical sur le cas en tant que médecin-conseil dudit assureur. De tels contacts quotidiens doublés d'une communauté d'intérêts économiques à travers le partage des frais constituent de la sorte des éléments objectifs suffisants pour retenir l'existence d'un motif de récusation de l'expert (consid. 5.3).

4.3 En l'espèce, il ressort de l'instruction menée par la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal du canton de Q _____ que les Drs P _____ et O _____ qui, dans la présente cause, ont agi en qualité d'expert et de médecin-conseil de l'intimée, exercent au sein d'un même cabinet sis à la rue xxx à R _____. Ils disposent du même numéro de téléphone et pratiquent dans un cabinet de petite taille. Il ne fait ainsi aucun doute que le motif de récusation développé par le Tribunal fédéral dans l'ATF 148 V 225 s'applique également à la présente procédure, au vu des similitudes des cas d'espèce. Dès lors, conformément à la jurisprudence développée dans cet arrêt, le rapport d'expertise du 28 août 2020 établi par le Dr P _____ ne peut se voir reconnaître de valeur probante, en raison de l'apparence de prévention à son encontre.

Il convient en conséquence de renvoyer la cause à l'intimée pour qu'elle ordonne une expertise médicale avant de statuer à nouveau. Dans ce cadre, il appartiendra à l'expert de se déterminer sur le point de savoir s'il existe, de manière possible, probable ou certaine, un rapport de causalité entre l'événement du 3 février 2020 et la lésion ligamentaire pour laquelle l'assuré a été opéré. Il lui reviendra ainsi de constater si la déchirure ligamentaire était, possiblement, probablement ou certainement, préexistante au second accident. Le cas échéant, il devra déterminer si le second accident a possiblement, probablement ou certainement, aggravé cette déchirure.

5.1 Le recours est ainsi admis et la décision sur opposition du 11 janvier 2021 est annulée, la cause étant renvoyée à l'intimée pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

5.2 Il n'est pas perçu de frais (art. 61 let. ^{fbis} LPGA, la LAA ne prévoyant pas le prélèvement de frais de justice), ni alloué de dépens au recourant qui a procédé sans faire appel à un mandataire qualifié.

Prononce

1. Le recours est admis.
2. La décision sur opposition rendue le 11 janvier 2021 par Y _____ SA est annulée et la cause renvoyée à cette dernière pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
3. Il n'est pas perçu de frais, ni alloué de dépens.

Sion, le 12 décembre 2022