

VD_FINDINFO AA 117/14 - 31/2015 vom 21. April 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-04-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_findinfo_AA_117_14_-_31_2015

FR: VD_FINDINFO AA 117/14 - 31/2015 du 21 avril 2015

IT: VD_FINDINFO AA 117/14 - 31/2015 del 21 aprile 2015

Regeste

LOI FÉDÉRALE SUR L'ASSURANCE-ACCIDENTS, ACCIDENT, CAUSE
EXTÉRIEURE EXTRAORDINAIRE | 6 LPGA

Erwägungen

E. 1

Diagnostic exact ? Selon le rapport opératoire du Dr M._____, daté du 30.04.2014, il s'agit d'un status après une suture du tendon du sus-épineux, une décompression sous-acromiale par acromioplastie et une résection de la clavicule distale de l'épaule droite.

E. 2

A votre avis, l'intervention du 30.04.2014 au niveau de l'épaule droite est-elle en relation de causalité – certaine (100%, vraisemblable (+ de 50%) ou possible (- de 50%) – avec l'événement du 18.11.2013 ? Le rapport de causalité, entre les lésions décrites dans le protocole opératoire du Dr M._____ et l'événement du 18.11.2013, n'est ni certain, ni vraisemblable. La lésion du tendon du sus-épineux est dorsale, donc superficielle. Que cette lésion soit classée de stade Ellmann III (cette classification intéresse l'épaisseur tendineuse, le stade III correspond à une atteinte de plus de 50%, soit une atteinte de plus de 6 mm de l'épaisseur du tendon) ne modifie pas le fait qu'il s'agit, avec une très grande probabilité, d'une lésion en relation avec des causes intrinsèques. Comme cause intrinsèque on trouve : une tendinopathie dégénérative en rapport avec des phénomènes dégénératifs de la coiffe des rotateurs liés à l'âge du patient, un impingement, ou un conflit sous-acromial, qui favorise les lésions superficielles ou sous-acromiales du tendon du sus-épineux.

L'intervention effectuée le 30.04.2014 est le traitement d'un état malade et dégénératif. La rupture superficielle est la conséquence du conflit sous-acromial et non une conséquence de l'événement survenu le 18.11.2013. L'état de l'épaule droite de D._____ est un état qui se rencontre fréquemment chez les patients à partir de la cinquantaine.

E. 3

La guérison de l'épaule droite est-elle influencée par des facteurs étrangers ? a) Lesquels, de quelle façon et dans quelle mesure ? S'agit-il d'une aggravation passagère et quand le statu quo ante a-t-il à nouveau été atteint ? b) A partir de quelle date l'état de santé de l'assuré est-il exclusivement lié à l'état antérieur (statu quo sine) ?

E. 4

L'intervention ayant eu lieu, l'incapacité de travail est donc maintenant justifiée (indépendamment qu'il s'agisse des suites de l'accident ou de la maladie). Cependant, selon nos informations D._____ va prochainement être licencié de son activité adaptée auprès de la boucherie [...]. Suite à l'opération du 30.4.2014, à combien de temps estimez-vous la

durée de l'incapacité de travail sur l'ensemble du marché du travail ? Dans une activité adaptée, alléguée (sans effort, ni port de charges, ni travaux au-dessus du plan horizontal, une incapacité totale de travail se justifierait durant les trois mois qui suivent l'intervention du 30.04.2014. Par la suite, l'assuré devrait être apte à reprendre une activité à 50% durant un mois avant de retrouver sa pleine capacité de travail. Dans une activité qui nécessite des efforts, la durée de l'incapacité totale de travail pourrait atteindre six mois après l'intervention du 30.04.2014. Entre-temps, je reçois le rapport du Dr M. _____ établi le 02.06.2014 qui se dit content de l'évolution. Le rapport du Dr T. _____ daté du 7.3.2014 ne change pas mon appréciation exprimée dans mon rapport du 24.02.2014 et du 20.6.2014. (...)" Interpellé par l'assurance quant à la date à partir de laquelle l'état de l'assuré pouvait être considéré comme étant exclusivement dégénératif (statu quo sine), le Dr Q. _____ a précisé, par courriel du 9 juillet 2014, que l'intervention chirurgicale du 30 avril 2014, dès lors qu'elle portait sur un état maladif, avait pour effet de fixer cette date à la veille de l'opération et que la prise en charge devait s'arrêter le 29 avril 2014. Par courrier du 10 juillet 2014 l'assurance, faisant siennes les conclusions du Dr Q. _____, a indiqué à l'assuré qu'elle mettait fin à ses prestations avec effet au 29 avril 2014 et qu'en ce qui concernait la perte de gain maladie, elle décompterait les indemnités journalières dès le 1 er mai 2014. Répondant le 14 juillet 2014, l'assuré a maintenu sa précédente position, savoir qu'il avait été victime d'une lésion assimilée à un accident dont la prise en charge ne pouvait être refusée que pour autant que son caractère désormais exclusivement maladif ou manifeste soit exclu, ce qui n'était pas le cas en l'espèce. Il a relevé que le Dr Q. _____ n'avait pas exclu l'origine accidentelle de la lésion dans son rapport complémentaire du 20 juin 2014 et que sa précision du 9 juillet 2014, qui ne contredisait pas ce rapport, n'était pas pertinente. Interpellé une nouvelle fois quant à l'origine exclusivement dégénérative de la lésion, le Dr Q. _____ a apporté la précision suivante dans un rapport du 15 août 2014 : "(...) Par la présente, je vous confirme que l'état de l'épaule droite de D. _____ est manifestement imputable aux phénomènes dégénératifs. Le statu quo sine doit être fixé la veille de l'opération effectuée le 30.04.2014, soit le 29.04.2014. Cette date est fixée de manière arbitraire compte tenu de l'intervention effectuée le 30.04.2014. (...) L'état de l'épaule droite de D. _____ a une origine dégénérative. (...)" Le 21 août 2014, l'assurance a rendu une décision ayant notamment la teneur suivante : "(...) Comme nous vous l'avons communiqué dans notre courrier du 09.04.2014, nous reconnaissons dans ce cas l'existence d'une lésion corporelle assimilée selon l'art. 9.2 OLAA. (...) Après examen des derniers éléments médicaux reçus, le Dr Q. _____ maintient ses conclusions du 24.02.2014. Sans opération, une année d'évolution à partir de l'événement du 18.11.2013 pouvait être considéré comme un délai raisonnable pour considérer que le statu quo sine/ante soit considéré comme retrouvé. Cependant, le rapport de causalité entre les lésions décrites dans le protocole opératoire du Dr M. _____ et l'événement du 18.11.2013 n'est ni certain ni même vraisemblable. L'intervention effectuée le 30.04.2014 est le traitement d'un état maladif et dégénératif. La rupture superficielle est la conséquence du conflit sous-acromial et non une conséquence de l'événement survenu le 18.11.2013. Les lésions décrites sur l'IRM et sur le protocole opératoire sont exclusivement d'origine dégénérative. Au vu de ce qui précède, nous mettons fin à nos prestations au 29.04.2014, soit la veille de l'intervention, car l'affection de l'épaule droite relève dès lors exclusivement d'une pathologie malade. Les frais de traitement dès le 30.04.2014 sont donc à la charge de la caisse-maladie, à laquelle nous adressons une copie de la présente. En ce qui concerne la perte de gain maladie, les indemnités journalières dès le 01.05.2014 sont versées par le biais

du contrat maladie collective de l'employeur de D._____. (...) " Le 26 août 2014, l'assuré a relevé que la décision du 21 août 2014 était en contradiction avec les rapports du Dr Q._____ des 24 février et 20 juin 2014, dans lesquels ce praticien a constaté que l'origine de la lésion du sous-épineux était possiblement accidentelle. Contestant la valeur probante des rapports rendus par le Dr Q._____, l'assuré a exigé la mise en œuvre d'une expertise indépendante par un autre expert, renvoyant pour le surplus à son courrier du 14 juillet 2014. Par décision sur opposition du 14 octobre 2014, l'assurance a rejeté les arguments de l'assuré, pour les motifs suivants : "(...) EN DROIT (...) 2. SUR LE FOND (...) S'agissant des lésions de l'épaule droite, elles sont dégénératives et antérieures à l'accident selon le Dr Q._____ médecin-conseil de la S._____SA. Une IRM du 18 mars 2004 de l'épaule droite objectivait à cette époque déjà l'existence d'une tendinopathie d'insertion du sus-épineux sans signe de rupture complète ainsi qu'une légère ascension de la tête humérale. Pour le Dr Q._____, cette ascension de la tête humérale parle en faveur d'un état dégénératif de la coiffe des rotateurs, sous forme d'un amincissement de ses structures, voire d'une déchirure, ce qui provoque l'ascension de la tête humérale. Il s'agit donc avec une grande probabilité d'une déchirure dégénérative « réveillée » lors de l'événement du 19 novembre 2013. L'âge de l'assuré, 56 ans lors de l'accident, conforterait par ailleurs cette hypothèse car il s'agit d'une catégorie d'âge propice aux phénomènes dégénératifs. Selon le Dr Q._____ la lésion du tendon du sus-épineux est dorsale donc superficielle. Selon une très grande probabilité, cette lésion est en relation avec des causes intrinsèques comme la tendinopathie dégénérative liée à l'âge de l'assuré et le conflit sous acromial objectivés lors de l'opération du 30 avril 2014. Contrairement à ce qu'indiquait l'IRM du 10 décembre 2013, il s'avère en revanche que le tendon du sous épineux est intact (protocole opératoire du 30 avril 2014). Il existe donc une totale discrédance entre les informations contenues sur le rapport opératoire par le Dr M._____ le 30 avril 2014 et les résultats de l'IRM du 10 décembre 2014 (recte : 2013) ce qui n'est pas un élément qui tend à accréditer la thèse de l'assuré. Comme il n'est pas exclu que cette déchirure du tendon du sus-épineux ait été « réveillée » par le faux mouvement du 18 novembre 2013, la S._____SA a pris en charge le cas malgré la nature dégénérative de la lésion. Toutefois, l'intervention effectuée le 20 avril 2014 est le traitement d'un état malade dégénératif. La rupture superficielle est la conséquence du conflit sous-acromial et non une conséquence de l'événement survenu le 18 novembre 2013. Selon le Dr Q._____ la S._____SA n'a pas à prendre en charge cette opération et ses suites. Les différents rapports du Dr Q._____ sont extrêmement bien motivés et émanent d'un spécialiste en chirurgie orthopédique. (...) En l'espèce, le Dr Q._____ a examiné le dossier médical complet de l'assuré, y compris son dossier d'imageries médicales. Le rapport opératoire du 30 avril 2014 lui a également été soumis. La S._____SA l'a enfin invité à se prononcer une fois encore après avoir pris connaissance des arguments de l'assuré représenté par la CAP Protection juridique. A la lumière de tous ces éléments, le Dr Q._____ décida cependant de maintenir ses conclusions, à savoir que la lésion tendineuse de l'épaule droite de l'assuré relevait de la maladie et non de l'accident. (...) La S._____SA souligne que les avis médicaux établis par le Dr Q._____ ont abouti à des résultats convaincants et sérieusement motivés. Les avis de ce praticien ne contiennent pas de contre-indication et aucun indice concret ne permet de mettre en cause le bien-fondé de son appréciation. (...) Sur le vu de ces renseignements médicaux, des résultats révélés par l'opération du 30 avril 2014, on ne saurait admettre, comme le soutient D._____, qu'il existe un lien de causalité naturelle

entre la lésion tendineuse de l'épaule droite et l'accident du 18 novembre 2013. Dès lors, en conclusion, force est de constater que l'existence du lien de causalité requis pour que la S. _____ SA doive prendre en charge les suites de l'opération subie le 30 avril 2014 n'est pas démontrée. (...)" C. Par acte du 4 novembre 2014, D. _____ a recouru contre cette décision sur opposition, concluant à sa réforme en ce sens que le versement des prestations de l'assurance-accidents – savoir les frais de traitement et les indemnités journalières – est poursuivi, subsidiairement au renvoi de la cause à l'assurance pour qu'elle fasse droit à ces prestations d'assurances, le tout sous suite de dépens. Contestant la valeur probante des rapports du Dr Q. _____, il a exposé avoir subi une lésion assimilable à un accident – ce que l'assurance ne contesterait pas –, sans qu'il soit démontré que celle-ci serait exclusivement imputable à une maladie. Il a produit un bordereau de dix-neuf pièces, en particulier deux décomptes du 30 avril 2014 recensant les indemnités journalières qui lui avaient été versées au titre de l'assurance-accidents respectivement d'une police d'assurance-maladie collective. Répondant le 14 janvier 2015, l'intimée a conclu, sous suite de frais et dépens, au rejet du recours. Elle a soutenu que l'événement du 18 novembre 2013 ne constituait pas un accident, contestant en particulier que l'atteinte subie par le recourant ait eu une cause extérieure extraordinaire. Dans un second moyen, elle a remis en cause l'existence d'une éventuelle déchirure du tendon du sus-épineux du recourant, soutenant au surplus que l'origine d'une telle lésion serait dans tous les cas purement dégénérative. Selon elle, aucune lésion du tendon du sous-épineux ne serait par ailleurs établie. Elle a finalement contesté l'existence d'une incapacité de travail postérieure au 16 avril 2014, invoquant qu'elle n'avait pas à assumer l'incapacité de travail faisant suite à l'opération du 30 avril 2014. Le recourant puis l'intimée se sont déterminés les 28 janvier et 20 février 2015, chacun maintenant intégralement sa position, l'intimée précisant en outre que l'assurance-accidents n'était tenue de prendre en charge une lésion assimilable à un accident que pour autant que les conditions de la causalité soient remplies. E n d r o i t : 1. a) Sous réserve des dérogations expresses, les dispositions de la LPGA (loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale sur l'assurance-accidents du 20 mars 1981; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA) devant le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours (art. 58 al. 1 LPGA), qui statue en instance unique (art. 57 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence échoit à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). L'acte de recours, qui doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que les conclusions (art. 61 let. b LPGA), doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). b) En l'occurrence, le recours, qui remplit les conditions légales de forme, déposé le 4 novembre 2014 soit moins de trente jours après le prononcé de la décision sur opposition litigieuse du 14 octobre 2014, est recevable. 2. Le litige porte sur la prise en charge par l'intimée des suites de l'événement du 18 novembre 2013 au titre de l'assurance-accidents. 3. a) Est réputé accident 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. 6 LPGA). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés: une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de

l'atteinte, enfin, le caractère extraordinaire du facteur extérieur. Il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'événement ne puisse pas être qualifié d'accident (ATF 129 V 402 consid. 2.1; TF 8C_579/2014 du 28 novembre 2014 consid. 4). Il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1; TF 8C_579/2014 précité consid. 4). Est ainsi déterminant le fait que l'atteinte sur le corps humain sorte du cadre environnant normal. De seuls effets inhabituels ne fondent pas le caractère extraordinaire (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 in fine ; TF 8C_231/2014 du 27 août 2014 consid. 2.3). Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné, le cas échéant, des conséquences graves ou inattendues. Le facteur extérieur est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et réf. cit.; TF 8C_579/2014 précité consid. 4). Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de "mouvement non coordonné", à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de s'encouler, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute; le facteur extérieur - modification entre le corps et l'environnement extérieur - constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du mouvement (TF 8C_579/2014 précité consid. 4). On relèvera plus particulièrement que dans l'activité d'un employé de boucherie, l'extraction d'une caisse de vingt-cinq kilos d'un rayon, même si celle-ci est d'abord coincée et ne se libère que par secousses, doit être considérée comme un geste quotidien, le mouvement réflexe effectué dans ce cadre – savoir un recul de quelques pas – ne pouvant pas être décrit comme extraordinaire (TF 8C_783/2013 du 10 avril 2014 consid. 6.2). En revanche, dans une activité incluant le port régulier de gaufriers de vingt-cinq kilos, le geste de rattraper un tel objet alors qu'il tombe d'une table d'environ huitante centimètres de hauteur peut constituer un mouvement non coordonné, compte tenu de la soudaineté, de la position de l'intéressé et surtout du poids du gaufrier (TF 8C_579/2014 précité consid. 6.3). Lorsque la lésion se limite à une atteinte corporelle interne qui pourrait également survenir à la suite d'une maladie, le mouvement non coordonné doit en apparaître comme la cause directe selon des circonstances particulièrement évidentes (TF U 252/06 du 4 mai 2007 consid. 2 et réf. cit.; TF U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3). b) 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 (art.

E. 6

al. 2 LAA permet par ailleurs au Conseil fédéral d'étendre l'assurance aux lésions corporelles semblables aux conséquences d'un accident, ce qu'il a fait avec les dispositions de la OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202). Ainsi, les lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA, dont font partie les déchirures de tendons (let. f), 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 (ATF 139 V 327 consid. 3.1). Si, par contre, une telle lésion est survenue sans avoir été déclenchée par un facteur extérieur soudain et involontaire, elle est manifestement imputable à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs et il appartient à l'assurance-maladie d'en prendre en charge les suites (pour le tout cf. TF 8C_606/2013 du 24 juin 2014 consid. 3.2 et les arrêts cités). À

défaut d'un événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé, il y a lieu de conclure à une lésion exclusivement malade ou dégénérative (TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 consid. 3.2). 4. Il convient en l'occurrence de déterminer si l'événement du 18 novembre 2013, tel que l'assuré l'a décrit, découle d'un facteur extérieur. Il existe diverses versions quant au déroulement de cet événement. a) Il ressort ainsi du protocole établi par le Dr T. _____ à la suite de ses consultations des 18 et 19 novembre 2013, que le recourant aurait été déséquilibré alors qu'il portait un aloyau de bœuf d'environ vingt kilos, cette pièce ayant atterri dans la région de l'épaule droite et ayant probablement nécessité un effort brusque du recourant pour la rattraper. Dans la déclaration d'accident du 20 novembre 2013, l'employeur de l'assuré a de son côté exposé que ce dernier aurait fait un faux mouvement en soulevant la pièce de viande. L'assuré a enfin indiqué, dans sa déclaration complémentaire du 1^{er} février 2014, qu'il avait posé l'loyau sur une table et avait tenté de le rattraper en allongeant le bras vers le bas alors qu'il allait tomber. Il a indiqué avoir effectué un faux mouvement, mais aucun geste inhabituel. b) Le tribunal établit avec la collaboration des parties les faits déterminants pour la solution du litige; il administre les preuves nécessaires et les apprécie librement (art. 61 let. c LPGA). Face aux déclarations contradictoires d'une partie, il faut en général accorder la préférence aux premières déclarations, faites alors que l'assuré en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a; ATF 115 V 143 consid. 8c). c) En l'espèce, il ressort des déclarations écrites concordantes du Dr T. _____ et de l'employeur du recourant – dont il faut admettre qu'elles rapportent les premiers propos de l'intéressé – que ce dernier a ressenti une douleur alors qu'il portait la pièce de viande respectivement qu'il la soulevait. Un tel geste est toutefois usuel dans le secteur de la boucherie, y compris s'il entraîne un déséquilibre et nécessite un effort de l'intéressé pour se stabiliser (cf. supra consid. 3/a). Même d'ailleurs à retenir la version exposée par le recourant dans sa déclaration du 1^{er} février 2014, il est douteux que le geste du recourant constitue un accident. En effet, contrairement à la situation présentée dans l'arrêt 8C_579/2014 précité, l'intéressé n'a pas déclaré s'être penché à une hauteur inhabituelle (soit à huitante centimètre du sol), mais seulement d'avoir tendu le bras vers le bas pour empêcher l'loyau de tomber d'une table. Ce simple geste ne représente toutefois pas un mouvement non coordonné, le recourant ayant d'ailleurs admis n'avoir accompli aucun geste inhabituel. d) L'événement du 18 novembre 2013 ne revêt dès lors pas un caractère accidentel, faute de caractère extérieur. Dans ces conditions, c'est en vain que le recourant invoque une lésion assimilée aux conséquences d'un accident, faute d'événement particulier à l'origine de l'atteinte à la santé. Il n'est pas non plus utile d'examiner la question de la causalité, en particulier du recouvrement éventuel du statu quo ante vel sine . 5. a) Il s'ensuit que le recours doit être rejeté et la décision sur opposition attaquée du 14 octobre 2014 confirmée. b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant en principe gratuite (cf. art. 61 let. a LPGA), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 61 let. g LPGA et art. 55 LPA-VD).