

VD_GERICHTE ZA12.005355 vom 7. August 2012

VD Tribunal cantonal, 2012-08-07, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA12.005355

FR: VD_GERICHTE ZA12.005355 du 7 août 2012

IT: VD_GERICHTE ZA12.005355 del 7 agosto 2012

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents, à moins que la LAA (loi fédérale du 19 juin 1959 sur l'assurance-accidents; RS 832.20) ne déroge expressément à la LPGA (art. 1 al. 1 LAA). Les décisions sur opposition sont sujettes à recours auprès du tribunal cantonal des assurances (art. 56 al. 1 et 57 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). La LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36) s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD). La Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal est compétente pour statuer (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent. Respectant pour le surplus les autres conditions de forme prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), il est recevable.

E. 2

Le litige porte le point de savoir s'il existe un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 26 août 2010 et l'atteinte à la santé révélée par IRM en mars 2011 et si par conséquent, F. _____ doit, en tant qu'assureur-accidents obligatoire au sens de la loi sur l'assurance-accidents, prendre en charge des prestations postérieurement à cette date.

- 8 -

E. 3

a) En vertu de l'art. 6 LAA (loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents, RS 832.20) les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle. Selon l'art. 4 LPGA, 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. La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments cumulatifs et il suffit que l'un d'entre eux fasse défaut pour que l'évènement ne puisse être qualifié d'accident (JEAN-MAURICE FRÉSARD/MARGRIT MOSER-SZELESS, L'assurance-accidents obligatoire, in: U. Meyer (édit.), SBVR, Band XIV, Soziale Sicherheit, 2ème édition, p. 857). Le droit à des prestations en vertu de la LAA suppose ainsi, et notamment, l'existence d'un lien de causalité naturelle et adéquate entre l'évènement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1 et 4.4.1). L'exigence de causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans l'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 condition sine qua non de celle-ci (ATF 129 V 402, consid. 4.3.1 et les références citées). Savoir si l'évènement assuré et l'atteinte en question 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 médicaux, 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 être qualifiée de probable dans le cas particulier, le droit à des prestations fondées sur l'accident assuré doit être

- 9 - nié (ATF 129 V 177, consid. 3.1; ATF 118 V 286, consid. 1b; TF U 80/05 du 18 novembre 2005, consid. 1.2). Quant à la notion de causalité adéquate, elle suppose que 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; ATF 125 V 456, consid. 5.a; TF 8C_115/2011 du 26 janvier 2012, consid. 3). La question de la causalité adéquate ne se pose que si la causalité naturelle est établie (ATF 119 V 335, consid. 4c). b) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (cf. art. 61 let. c LPG), le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Dans le domaine médical, le juge doit ainsi examiner de manière objective tous les moyens de preuve quelle qu'en soit la provenance, avant de décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux (TF 9C_168/2007 du 8 janvier 2008, consid. 4.2.). Si les rapports médicaux sont contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer pourquoi il se fonde sur un rapport médical plutôt qu'un autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical, n'est ni son origine ni sa désignation mais son contenu (TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il importe que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires, enfin que les conclusions du rapport soient dûment motivées (ATF 133 V 450, consid. 11.1.3; ATF 125 V 351, consid. 3a; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2).

- 10 - S'agissant en particulier des rapports médicaux établis par le médecin traitant de l'assuré, ils doivent être appréciés en tenant compte du fait que ce médecin peut être enclin en cas de doute à prendre parti pour son patient, en raison de la relation de confiance qu'ils ont nouée (ATF 125 V 351, consid. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009, consid. 4.2). Un rapport médical ne saurait cependant être écarté pour la simple et unique raison qu'il émane d'un médecin traitant (TF 9C_773/2007 du 23 juin 2008, consid. 5.2). Quant aux rapports des médecins des assureurs, le juge peut leur accorder valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont bien motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradiction et qu'aucun indice concret ne permet de remettre en cause leur bien-fondé (ATF 125 V 351, consid. 3b/ee). c) Dans le

domaine des assurances sociales, le juge fonde généralement sa décision sur des 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. 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. En droit des assurances sociales, il n'existe ainsi pas de principe selon lequel le juge ou l'administration devrait, en cas de doute, statuer en faveur de l'assuré (ATF 135 V 39, consid. 6.1 et les références).

E. 4

En l'espèce, F. _____ prend appui sur les rapports médicaux du Dr J. _____ pour nier l'existence d'un lien de causalité naturelle entre l'évènement du 26 août 2010 et l'enthésopathie partiellement fissuraire, sans lésion associée, révélée à l'IRM effectuée le 22 mars 2011, et ainsi mettre fin à la prise en charge des prestations. Quant au recourant, il se fonde principalement sur les constatations de son médecin traitant, le Dr X. _____, pour requérir la prise en charge des prestations

- 11 - postérieurement au mois de mars 2011. Il invoque aussi le fait qu'il ressentait toujours des douleurs à ce moment là malgré l'arrêt du golf, et qu'il continuait un traitement par physiothérapie et prise d'anti-inflammatoires. Enfin, il fait valoir que le léger œdème au niveau de son biceps distal gauche mis en évidence par le Dr X. _____ est forcément révélateur d'un évènement brutal et imprévu devant être qualifié d'accident. Les rapports médicaux du Dr X. _____ et du Dr J. _____ sont contradictoires. En effet, le premier retient une tendinopathie post-traumatique, sous-entendant ainsi qu'il s'agit d'une atteinte causée par l'évènement du mois d'août 2010, alors que pour le Dr J. _____ l'enthésopathie – qui est selon les explications de ce médecin un terme synonyme de tendinopathie – révélée à l'IRM du mois de mars 2011 n'est pas d'origine traumatique, mais dégénérative ou est due à une hyper-sollicitation du tendon. Il y a lieu de constater que le Dr X. _____ qualifie l'origine de la tendinopathie de traumatique, sans motiver, ne serait-ce que brièvement, cette affirmation. Quant au léger œdème rapporté le 18 novembre 2011, le recourant semble prendre appui sur sa présence pour en déduire que l'enthésopathie (qui est selon tout vraisemblance l'atteinte pour laquelle un traitement est nécessaire dès le mois d'avril 2011, cf. le rapport médical du Dr X. _____ du 18 novembre 2011, prescrivant de la physiothérapie, des massage et un traitement anti-inflammatoire) est forcément liée à l'évènement du mois d'août 2010. Or aucun rapport médical ne vient confirmer cette théorie; en particulier le Dr X. _____ se contente de constater la présence d'un léger œdème à la lecture de l'IRM du mois de mars 2011 sans en tirer de conclusions pertinentes pour l'issue du présent litige. Dans ces conditions, on ne peut attribuer de valeur probante aux rapports médicaux du Dr X. _____ selon lesquels l'enthésopathie est d'origine traumatique. Le Dr J. _____, quant à lui, estime que l'évènement du mois d'août 2010 a vraisemblablement provoqué une entorse bénigne qui s'est

- 12 - résorbée dans les six mois. Pour ce médecin, le lien de causalité entre cet évènement et l'enthésopathie que présente le recourant est exclu, cette atteinte n'étant pas d'origine traumatique, mais due à une hyper-sollicitation ou une dégénérescence du tendon. A l'appui de sa conclusion, il explique que les enthésopathies ou tendinopathies d'insertion sont la plupart du temps non pas d'origine traumatique, mais dues à une hyper-sollicitation ou une dégénérescence du tendon et peuvent survenir soit de manière brutale, soit de manière

progressive. En particulier, il explique que chez les sportifs, une telle atteinte est le plus souvent due à des hyper-sollicitations répétées et touche, en règle générale, des personnes dès la quarantaine. Comme l'assuré pratiquait le golf et était âgé de 51 ans au moment de l'évènement, le Dr J. _____ en déduit que l'enthésopathie est due à une hyper-sollicitation, ou est d'origine dégénérative, excluant ainsi un lien de causalité entre l'évènement d'août 2010 et cette atteinte à la santé. La conclusion du Dr J. _____, dûment motivée, est convaincante. Il y a dès lors lieu de retenir qu'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante que l'enthésopathie révélée à l'IRM du 23 mars 2010 n'est pas d'origine traumatique, mais due à une hyper-sollicitation ou une dégénérescence de la partie distale du tendon. Dans ces conditions, on ne saurait admettre un lien de causalité naturelle entre l'évènement du mois d'août et cette affection, de sorte que c'est à juste titre que F. _____ a mis fin aux prestations avec effet au mois d'avril 2011.

E. 5

Il résulte de ce qui précède que les griefs du recourant sont mal fondés, de sorte que le recours est rejeté et la décision attaquée confirmée. Conformément à l'art. 61 let. a LPGA, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations en matière d'assurance-accidents devant le tribunal cantonal des assurances est gratuite. En outre, il n'y a pas lieu d'allouer des dépens (cf. art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs,

- 13 - la Cour des assurances sociales p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 12 janvier 2012 par F. _____ est confirmée. III. Il n'est pas alloué de dépens, ni perçu de frais judiciaires. La présidente : La greffière : Du L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à : - D. _____, - F. _____, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies.

- 14 - 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 :

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