

VD_GERICHTE ZA14.001434 vom 6. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-06, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.001434

FR: VD_GERICHTE ZA14.001434 du 6 janvier 2015

IT: VD_GERICHTE ZA14.001434 del 6 gennaio 2015

Erwägungen

E. 28

mars 2013 et "probablement" jusqu'au 10 mai 2013 et indiqué que la fin probable du traitement serait "dans 24 semaines". Par courrier du 6 mai 2013, l'assurance a informé l'assuré du fait que les suites de l'événement du 22 mai 2012 ne feraient pas l'objet de prestations. A l'appui de sa position, l'assurance a exposé ce qui suit : "(...) Les troubles sont apparus en relation avec une activité corporelle usuelle. Les circonstances décrites ne remplissent pas la notion d'accident conformément à l'art. 4 de la Loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA). Il n'y a pas de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 de l'Ordonnance sur l'assurance contre les accidents (OLAA). (...)")

- 6 - A la demande de l'assurance, le Dr. C. _____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, a rendu un rapport d'expertise du 17 juillet 2013 où il expose en particulier ce qui suit : "(...) (...) (...)")

- 7 - (...))

- 8 - (...) (...) (...) (...) (...) (...) (...))

- 9 - (...) (...)) Par décision du 20 septembre 2013, l'assurance a considéré qu'il n'existait plus aucun lien de causalité naturelle et adéquate entre l'incident du 30 avril 2012 et les troubles présentés par l'assuré dès le 21 mai 2012 (ch. 1) et a refusé l'octroi de prestations d'assurance (ch. 2). A l'appui de cette décision, il a retenu, en résumé et en substance, que l'incident du 30 avril 2012 ne constituait ni un accident ni une lésion assimilée, les circonstances décrites par l'assuré ne faisant état ni d'un événement extraordinaire, ni d'une lésion de risque accrue. Se prononçant néanmoins sur la problématique de la causalité, l'assurance a considéré qu'à dire d'expert, les troubles invoqués par l'assuré seraient apparus quoi

- 10 - qu'il arrive au plus tard dès le 21 mai 2012, de sorte qu'aucun droit aux prestations n'était ouvert à compter de cette date. Par courrier du 18 octobre 2013, l'assurance-maladie de l'assuré, X. _____ SA, a formé opposition à cette décision. L'assuré, par l'intermédiaire de son avocate, a quant à lui fait opposition par acte du 22 octobre 2013. Par lettre du 29 novembre 2013, X. _____ SA a retiré son opposition. L'assurance a rendu une décision sur opposition le 26 novembre 2013, par laquelle il a rejeté l'opposition de l'assuré du 22 octobre 2013 et a confirmé la décision du 20 septembre 2013. B. Par acte du 14 janvier 2014, Y. _____ (ci-après : le recourant) a recouru contre cette décision sur opposition, qui lui a été notifiée le

E. 29

Novembre 2013. Il conclut en substance à sa réforme en ce sens que F._____ SA (ci-après : l'intimée) soit astreinte à prendre en charge les suites de l'incident du 30 avril 2012, avec suite de frais et dépens. Invoquant l'art. 9 OLAA (ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202), le recourant soutient qu'au vu des rapports médicaux figurant au dossier, ses troubles postérieurs au 21 mai 2012 ne pouvaient être considérés comme étant d'origine malade ou dégénérative. Il en déduit qu'il ne ferait aucun doute que l'intimée est tenue de les prendre en charge. S'agissant de la problématique de la causalité, le recourant prétend que le Dr. C._____ a admis l'existence d'un lien de causalité naturelle, et qu'un lien de causalité adéquate devrait dès lors également être admis. Il rappelle par ailleurs ne jamais s'être plaint de douleurs aux épaules, qu'il s'était déjà luxées à plusieurs reprises avant l'événement du 30 avril 2012. Cet incident avait cependant occasionné des douleurs nécessitant une prise en charge médicale et des arrêts de travail subséquents.

- 11 - A l'appui de son recours le recourant a produit un bordereau de onze pièces, notamment un courrier que le Dr. A._____ lui a adressé le 22 octobre 2013, où on peut lire ce qui suit : "Votre cas est relativement clair sur le plan médical : vous avez une instabilité gleno-humérale au niveau des deux épaules, instabilité qui s'est manifestée suite à un traumatisme subi en jouant au basket-ball et motivant la prise en charge chirurgicale. Il s'agit bel et bien d'une cause accidentelle. En effet on ne subit pas de luxation d'épaule sans traumatisme préalable, sauf dans deux cas rares tels que crise d'épilepsie et ce n'est pas le cas de figure chez vous". Le recourant a requis la mise en oeuvre d'une expertise judiciaire "pour le cas où le Tribunal considérerait que les pièces produites ne permettent pas de trancher le présent litige", ainsi que la tenue d'une audience et la possibilité de se déterminer sur une éventuelle réplique de l'assureur intimé. Dans sa réponse du 14 février 2014, l'intimée a conclu au rejet du recours et à la confirmation de sa décision sur opposition du 26 novembre 2013. Indiquant que le recourant avait déjà consulté la Dresse B._____ le 26 mars 2012, soit avant l'incident déclaré du 30 août 2012, elle a relevé que les déclarations à cet égard du recourant étaient sujettes à caution. Elle a relevé que ces déclarations et les rapports médicaux faisaient état d'une luxation de l'épaule gauche le 30 avril 2012, mais que le recourant avait déclaré à l'expert C._____ que c'était l'épaule droite qui était concernée. Relevant finalement que l'incident avait été déclaré le

E. 31

octobre 2012 seulement, l'intimée met en doute l'existence même de cet incident. Soutenant par ailleurs que cet événement est survenu à la suite d'un contact anodin ne sollicitant pas le corps de manière particulièrement importante, elle conteste qu'il constitue un accident qu'elle serait tenue de couvrir. Elle prétend enfin que la causalité entre la lésion et l'événement fait également défaut. Le recourant a répliqué par la plume de son avocate le 24 mars 2014, confirmant ses conclusions précédentes. Il a confirmé avoir

- 12 - consulté la Dresse B._____ le 27 mars 2012 après s'être luxé l'épaule gauche en jouant au basket. Il a toutefois précisé que ce n'était qu'à la suite d'une luxation de l'épaule droite survenue le 30 avril 2012, puis d'une nouvelle luxation de l'épaule gauche ayant eu lieu le 22 mai 2012, que son médecin traitant l'avait adressé au Dr A._____. Le recourant a de surcroît rappelé que l'incident du 30 avril 2012 consistait en une collision survenue lors d'un match de basket, ce qui représentait un facteur extérieur extraordinaire. Selon lui, l'art. 9 OLAA était applicable dès lors qu'il n'était pas démontré que son état de santé était d'origine malade manifeste, à l'exclusion de toute cause accidentelle. Il a en

autre soutenu qu'il fallait accorder une valeur probante prépondérante à l'appréciation du Dr. A. _____, dans la mesure où celui-ci avait pratiqué les opérations consécutives aux lésions litigieuses. Il n'en irait en revanche pas de même des déclarations du Dr.

C. _____, qui a été rémunéré par l'intimée et dont les déclarations n'étaient pas exemptes de contradictions. Par duplique du 3 avril 2014, l'intimée a intégralement maintenu sa position. Elle a une nouvelle fois mis en cause la réalité de l'événement du 30 avril 2012, relevant à nouveau les déclarations contradictoires du recourant quant à la latéralité de l'épaule concernée et la tardiveté de l'annonce du 31 octobre 2102. Selon elle, l'annonce de l'incident du 22 mai 2012, survenue le 30 avril 2013, serait également tardive et ce second incident n'a pas été mentionné par le Dr. A. _____ dans son rapport médical du 7 juin 2012. L'intimée a encore relevé que le diagnostic d'une instabilité bilatérale était antérieur au 30 avril 2012. Le recourant s'est déterminé par courrier recommandé du 8 mai 2014, soutenant que les arguments de l'intimée ne constituent que des points de détail insignifiants et maintenant ses conclusions. f) Les 29 septembre et 14 octobre 2014, l'intimée puis le recourant ont renoncé à requérir de nouvelles mesures d'instruction et admis rester dans l'attente d'un arrêt.

- 13 - E n d r o i t : 1. a) En vertu de l'art. 1 al. 1 LAA (loi fédérale sur l'assurance- accidents du 20 mars 1981; RS 832.20), les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-accidents, sous réserve de dérogations expresses. b) Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours (art. 56 LPGA). La compétence pour connaître des recours dans le domaine des assurances sociales échoit à une instance cantonale unique (art. 57 LPGA), le tribunal du canton de domicile de l'assuré ou d'une autre partie au moment du dépôt du recours étant compétent (art. 58 al. 1 LPGA). Dans le canton de Vaud, cette compétence est dévolue à la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 al. 1 let. a LPA- VD [loi vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]). c) Le délai de recours est de trente jours à compter de la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). Ce délai ne court pas du 18 décembre au 2 janvier inclus (art. 60 al. 2 et 38 al. 4 LPGA). En l'occurrence, la décision entreprise a été notifiée le 29 novembre 2013, de sorte que le délai de recours a couru pendant dix- huit jours jusqu'au 17 décembre 2013, puis a été suspendu pour recommencer à courir le 3 décembre 2014 et échoir le 14 janvier 2015. Déposé le dernier jour du délai, le recours a été déposé en temps utile. d) La Cour de céans est par conséquent valablement saisie du litige. 2. a) Dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à

- 14 - propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 c. 2.1; ATF 125 V 413 c. 1a; TF 9C_195/2013 du 15 novembre 2013 c. 3.1). Pour des motifs d'économie de procédure, la procédure juridictionnelle administrative peut être étendue à une question excédant l'objet de la contestation, pour autant que celle-ci remplisse certaines conditions (ATF 130 V 501 c. 1.2; ATF 122 V 34 c. 2a et réf. cit.). Il faut ainsi que cette question soit en état d'être jugée, qu'elle soit si étroitement liée à l'objet initial du litige que l'on puisse parler d'un état de fait commun, que l'administration se soit exprimée à son sujet dans un

acte de procédure au moins, qu'elle n'ait fait l'objet d'aucune décision entrée en force et que les droits procéduraux des parties soient respectés (pour le tout cf. TF 195/2013 précité c. 3.1 et réf. cit.). La notion d'"objet de la contestation" telle qu'elle est exposée ci-dessus ne se confond de surcroît pas toujours avec celle d'"objet du litige", savoir la question de droit – comprise dans l'objet de la contestation – faisant effectivement l'objet de griefs soulevés dans l'acte de recours (ATF 131 V 164 c. 2.1 in initio; ATF 125 V 414 c. 1b cum 2a). Seuls les aspects de la décision que le recourant a critiqués sont ainsi examinés, sous réserve des points non critiqués ayant des liens étroits avec la question litigieuse (ibid., cf. ég. ATF 129 V 245 c. 3.1; ATF 110 V 48 c. 4a ; RCC 1985 p. 53). b) La décision sur opposition entreprise ne porte que sur les suites de l'incident du 30 avril 2012. Elle ne traite en particulier pas de celles de l'événement du 22 mai 2012, au cours duquel le recourant s'est luxé l'épaule gauche en enlevant son pull et qui, bien qu'annoncé par l'employeur le 3 avril 2013, n'a fait l'objet d'aucune décision formelle. Les deux événements n'étant pas liés au point de ne former qu'un état de fait,

- 15 - les suites de l'incident du 22 mai 2012 sortent de l'objet de la contestation du cas d'espèce et ne peuvent faire l'objet d'aucun examen. Cela étant, le litige porte sur l'existence d'un lien de causalité entre l'événement du 30 avril 2012 et l'instabilité gléno-humérale bilatérale du recourant qui a nécessité les interventions chirurgicales des 23 novembre 2012 et 28 mars 2013. Plus particulièrement, il s'agit de savoir si le recourant a droit aux prestations de l'assureur-accident au-delà du 21 mai 2012, date à partir de laquelle ce dernier a renoncé à toute prise en charge. 3. Le recourant a requis, à titre de mesures d'instruction, la mise en œuvre d'une expertise judiciaire "pour le cas où le Tribunal considérerait que les pièces produites ne permettent pas de trancher le présent litige", ainsi que la tenue d'une audience. Il a par ailleurs requis de pouvoir se prononcer sur une éventuelle réplique de l'intimée, ce qu'il a fait. Par courriers des 29 septembre et 14 octobre 2014, les deux parties ont par ailleurs admis rester dans l'attente d'un arrêt. a) Une partie a en principe le droit de produire des preuves pertinentes, d'obtenir qu'il soit donné suite à ses offres de preuves pertinentes, lorsque cela est de nature à influencer sur la décision à rendre. L'autorité peut cependant renoncer à procéder à des mesures d'instruction lorsque les preuves administrées lui ont permis de forger sa conviction et que, procédant d'une manière non arbitraire à une appréciation anticipée des preuves qui lui sont encore proposées, elle a la certitude que ces dernières ne pourraient l'amener à modifier son opinion (ATF 140 I 285 c. 6.3.1 et les nombreux arrêts cités). b) En l'espèce, outre les déclarations du recourant relatives aux circonstances de l'incident du 30 avril 2012, le dossier comprend diverses pièces relatives à l'état de santé du recourant après cette date. Les pièces en question comprennent en particulier divers rapports et avis médicaux rendus par la Dresse B. _____ (certificat médical du 26 novembre 2012; questionnaire médical du 20 mars 2013), le

- 16 - Dr. A. _____ (certificat médical du 7 juin 2012; courrier à l'intimée du 25 avril 2013; courrier du 22 octobre 2013), l'institut de radiologie de la clinique [...] (le 26 mars 2013), ainsi qu'une expertise rendue par le Dr. C. _____ le 17 juillet 2013. La Cour de céans dispose ainsi d'un ensemble de preuves et d'indices lui permettant, au terme d'une appréciation qui sera détaillée ci-après, d'arrêter sa conviction quant à l'intégralité des faits pertinents pour le sort de la cause. Les parties – quand bien même elles ont des positions opposées sur certains points – l'ont d'ailleurs implicitement admis en déclarant, les 29 septembre et 14 octobre 2014, qu'elles étaient dans l'attente d'un arrêt. Il en découle le rejet

de la réquisition du recourant relative à la tenue d'une expertise judiciaire. Il faut par ailleurs admettre que par son courrier du 14 octobre 2014, le recourant – qui a fait usage de son droit d'être entendu par écrit à plusieurs reprises tout au long de l'instruction – a renoncé à ce qu'une audience soit tenue. 4. a) Il n'est pas contesté (ni contestable : cf. art. 7 al. 2 et 8 al. 1 cum art. 13 al. 1 OLAA [ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982; RS 832.202]) que le recourant est assuré contre les accidents non professionnels. b) Sauf disposition contraire de la loi, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle (art. 6 al. 1 LAA). 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. 4 LPG). 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

- 17 - 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 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 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 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 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 c. 3.1; ATF 129 V 402 c. 4.3.1; ATF 119 V 335 c. 1; ATF 118 V 286 c. 1b et réf. cit.). 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 de 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 la survenance de l'accident (statu quo sine; cf. TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 c. 2.3 et réf. cit.). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec l'accident (raisonnement "post hoc ergo propter hoc"; cf. ATF 119 V 335 c. 2b/bb; TF 8C_6/2009 du 30 juillet 2009 c. 3). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence du rapport de causalité avec l'événement assuré (TF 8C_262/2008 du 11 février 2009, c. 2.2).

- 18 - Selon l'art. 36 al. 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 le statu quo ante vel sine est atteint (cf. RAMA 1994 n° U 206 p. 326 c. 3b; RAMA 1992 n° U 142 p. 75; TF 8C_1003/2010 du 22 novembre 2011 c. 1.2; TF 8C_552/2007 du 19 février 2008 c. 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 (TF 8C_373/2013 du 11 mars 2014 c. 3.2). c) L'art. 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 déboîtements d'articulations (let. b), 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 (cf. ATF 139 V 327 c. 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 c. 3.2 et les arrêts cités). La notion de lésion assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et

- 19 - accident. Aussi les assureurs-accidents doivent-ils assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait en principe être couvert par l'assurance-maladie. 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 (ATF 129 V 466; ATF 123 V 43 c. 2b; ATF 116 V 145 c. 2c; ATF 114 V 298 c. 3c). Il faut qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilée à un accident soit admise. Le droit aux prestations pour une lésion assimilée à un accident prend fin lorsque le retour à un statu quo ante vel sine est établi. Toutefois, de telles lésions seront assimilées à un accident aussi longtemps que leur origine malade ou dégénérative, à l'exclusion d'une origine accidentelle, n'est pas clairement établie. On ne se fondera donc pas simplement sur le degré de vraisemblance prépondérante pour admettre l'évolution d'une telle atteinte vers un statu quo sine. Sinon, on se trouverait à nouveau confronté, immédiatement après avoir admis l'existence d'une lésion assimilée à un accident, à la difficulté de distinguer entre l'origine accidentelle et malade de cette atteinte (cf. TF 8C_578/2013 du 13 août 2014 c. 2.2 et les nombreux arrêts cités). Ces règles sont également applicables lorsqu'une des lésions mentionnées à l'art. 9 al. 2 OLAA est survenue à la suite d'un événement répondant à la définition de l'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, savoir en présence d'un événement extraordinaire. Il faut néanmoins que la lésion corporelle (assimilée) puisse être rattachée à l'accident en cause car, 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 (cf. TF 8C_357/2007 du 31 janvier 2008 c. 3.2). 5. a) Conformément au principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPG), le juge est tenu de procéder à une appréciation complète, rigoureuse et objective des rapports médicaux en

- 20 - relation avec leur contenu (ATF 132 V 393 c. 2.1); il doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit la provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre (ATF 125 V 351 c. 3a; pour le tout TF 9C_398/2014 du 27 août 2014). Pour conférer pleine valeur probante à un rapport médical, il faut 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 également en considération les plaintes de la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant, pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 c. 5.1; ATF 125 V 351 c. 3a; TF 9C_1023/2008 du 30 juin 2009 c. 2.1.1). En ce qui concerne les rapports établis par le médecin traitant de l'assuré, le juge prendra en considération le fait que celui-ci 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 c. 3b/cc; TF 8C_862/2008 du 19 août 2009 c. 4.2). Par ailleurs, pour remettre en cause la valeur probante d'une expertise médicale, il ne suffit pas de prétendre que l'expert aurait dû logiquement présenter des conclusions différentes. Il faut au contraire établir l'existence d'éléments objectivement vérifiables – de nature clinique ou diagnostique – qui auraient été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui seraient suffisamment pertinents pour remettre en cause le bien-fondé des conclusions de l'expert ou établir le caractère incomplet de son ouvrage (TF 9C_573/2009 du 16 décembre 2009 c. 2.3). S'agissant plus précisément de l'indépendance de l'expert, le seul fait qu'un médecin œuvre au sein d'un centre d'expertise médicale, qu'il soit régulièrement

- 21 - mandaté par les organes d'une assurance sociale ou par les tribunaux, n'est pas un motif suffisant pour conclure à sa prévention ou sa partialité (ATF 137 V 210 c. 1.3.3). Enfin, 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 c. 2a; ATF 115 V 143 c. 8c). En outre, bien qu'en matière d'accident, les explications d'un assuré sur le déroulement d'un fait allégué soient au bénéfice d'une présomption de vraisemblance, il y a lieu, pour des raisons évidentes de preuve, d'émettre des réserves lorsqu'il existe un intervalle de temps important entre la survenance d'un événement accidentel et sa communication à l'assureur- accidents (TF 8C_115/2012 du 14 janvier 2013 c. 5.3). 6. a) En l'espèce, l'intimée met d'abord en doute l'existence même de l'incident du 30 avril 2012, relevant que les déclarations du recourant étaient contradictoires quant à la latéralité de la lésion et qu'elle n'avait été informée de l'incident que le 31 octobre 2012. Le 31 octobre 2012, une déclaration d'accident bagatelle a été envoyée à l'intimée par l'employeur du recourant, qui fait état d'une luxation de l'épaule gauche. Tout porte à croire que cette déclaration est fondée sur les déclarations du recourant. Ce dernier a d'ailleurs confirmé le contenu de cette déclaration, d'abord le 2 janvier 2013 en remplissant un questionnaire, puis le 28 février 2013 lors d'un entretien avec une employée de l'intimée. C'est l'expert C. _____ qui, se fondant en particulier sur un récapitulatif écrit qu'il avait reçu du recourant, a le premier retenu que la lésion avait eu lieu à l'épaule droite. Dans sa réplique faisant suite aux doutes

exprimés par l'intimée, le recourant a par la suite déclaré que l'incident du 30 avril 2012 concernait son épaule droite.

- 22 - On relèvera d'abord que les contradictions relevées par l'intimée ne portent que sur la latéralité de la lésion subie, mais que l'existence même de l'incident du 30 avril 2012 n'a été mise en doute qu'alors que la présente procédure était déjà pendante. Auparavant, la Dresse B. _____ a attesté, dans son certificat du 16 novembre 2012, que des premiers soins avaient été donnés au recourant le 7 mai 2012 et qu'un "status post nouvelle sub-luxation" de son épaule gauche avait été constaté. Cela conforte les premières déclarations du recourant, qui l'emportent sur ses déclarations ultérieures. Ces dernières, qui ont d'abord été communiquées à l'expert C. _____ – qui s'y est référé – puis dans les écritures du recourant, n'emportent pas la conviction. Cela vaut d'autant plus qu'elles sont postérieures aux arthroscopies que le recourant a subies sur ses deux épaules les 23 novembre 2012 et 28 mars 2013. On ne saurait pas non plus suivre l'intimée dans l'expression de ses réserves au motif d'une annonce tardive. En effet, le laps de temps séparant l'incident du 30 avril 2012 et la déclaration du 31 octobre 2012, savoir six mois, n'est manifestement pas suffisant pour que les déclarations initiales du recourant paraissent douteuses. Il est vrai que le recourant n'a pas annoncé l'événement du 27 mars 2012 – savoir une autre luxation de l'épaule gauche – auprès de l'intimée. Celle-ci a eu connaissance de la survenance de cet événement par les rapports que lui ont transmis les Dr. A. _____ et B. _____ les 7 juin 2012 et 20 mars 2013. Le recourant a toutefois expliqué, dans son mémoire de réplique, qu'il s'agissait d'un événement distinct survenu avant le 30 avril 2012, ce que rien ne permet d'infirmer. Dès lors, le fait que l'incident du 27 mars 2012 n'ait pas fait l'objet d'une annonce formelle ni n'ait été évoqué en tant qu'accident distinct par l'assuré ne suffit pas à remettre en question l'existence de celui du 30 avril 2012. On retiendra ainsi, conformément à ce qui figure dans l'état de fait, que le recourant s'est luxé l'épaule gauche le 30 avril 2012 à la suite d'un contact subi au cours d'un match de basket. b) Cela étant, il faut examiner dans quelle mesure le recourant peut tirer des droits des suites de cet incident. Il se prévaut à cet égard de

- 23 - l'ATF 130 V 117, qui concerne une blessure survenue au cours d'un match de hockey sur glace à la suite d'une mise en échec (bodycheck). Dans cette affaire, le caractère accidentel du choc avait été admis au motif qu'un tel acte de jeu n'était pas interdit par les règles du jeu, mais qu'il ne comptait pas pour autant parmi les chocs prévisibles lors d'un match de hockey, à l'inverse d'autres contacts ou de chutes sur la glace. Le recourant fait à cet égard valoir, dans son mémoire de réplique, que le basket n'est pas un sport de contact, à l'inverse du rugby. aa) Le fait que l'incident du 30 avril 2012 soit survenu au cours d'un match de basket, soit un sport dans lequel les contacts violents sont en principe interdits, ne suffit pas encore à lui conférer un caractère accidentel. Il est en effet courant – et en aucun cas exceptionnel –, dans les sports de balle, de subir des contacts avec d'autres joueurs en essayant d'attraper le ballon, même lorsque cette configuration n'est pas la règle. Lors de son entretien du 28 février 2013 avec une collaboratrice de l'intimée, le recourant a d'ailleurs lui-même décrit le choc qu'il avait subi comme banal et anodin, susceptible d'arriver à n'importe qui au cours d'une action de jeu et qui serait vraisemblablement resté sans conséquence chez une personne exempte de problèmes de santé identiques aux siens. Il a encore confirmé ces déclarations lors de son entretien du 25 juin 2013 avec l'expert C. _____. Il a ainsi admis que le choc qu'il avait subi n'avait rien d'exceptionnel et que c'est en raison de son état de santé antérieur qu'il s'était blessé. Seule son épaule gauche,

soit la partie de son corps présentant une faiblesse, a d'ailleurs subi une lésion. L'incident n'a en outre pas été immédiatement suivi d'une consultation médicale, et aucune autre blessure n'a été invoquée par le recourant ni diagnostiquée par les Dr. B. _____ et A. _____. L'incident n'a pas non plus entraîné un arrêt de travail. Dans ces conditions, le caractère extraordinaire du facteur extérieur fait défaut dans le cas particulier, de sorte que l'événement du 30 avril 2012 n'est pas constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. bb) Une luxation de l'épaule est en revanche généralement constitutive d'un déboîtement d'articulation au sens de l'art 9 al. 2 let. b

- 24 - OLAA, lorsque tous les éléments caractéristiques de l'accident sont réunis à l'exception du facteur extérieur de caractère extraordinaire et pour autant que la luxation ne soit pas due à un état manifestement maladif. Il est en l'espèce constant que le recourant a subi, avant le 30 avril 2012, plusieurs luxations des deux épaules. Il a ainsi fait état d'un événement important concernant son épaule droite en mai 2009 et d'un autre en mars 2010 impliquant son épaule gauche, à chaque fois lors d'entraînements de rugby. Le rapport d'expertise mentionne par ailleurs d'autres épisodes, sans précision de côté, savoir deux luxations de l'épaule survenues en novembre 2010 et octobre 2011 et une sub-luxation de la tête radiale survenue dans son enfance, qui a été résolue par des manœuvres de réductions externes. Il ressort en outre des déclarations du recourant, en particulier de son courriel du 19 mars 2013 à l'employé de l'intimée [...], que plusieurs de ces épisodes de luxation sont survenus dans un cadre quotidien, lors de gestes même anodins. Cela est confirmé par le fait que le recourant s'est à nouveau luxé l'épaule gauche le 22 mai 2012 en retirant sa veste. Les médecins, en particulier les médecins traitants du recourant, ont unanimement posé un diagnostic d'instabilité gléno-humérale ant-inférieure bilatérale, celle-ci ayant été constatée au plus tard lors de l'examen du Dr. A. _____ du 7 juin 2012. Il est par ailleurs constant que les trois derniers événements de luxation, survenus les 27 mars, 30 avril et 22 mai 2012, concernent tous l'épaule gauche du recourant (cf. supra let. a in fine). Sur la base d'un examen clinique détaillé, des documents d'imagerie à sa disposition, des protocoles opératoires ainsi que de l'anamnèse, l'expert C. _____ a relevé des lésions bilatérales superposables, qui ne parlent pas en faveur d'une lésion traumatique récente. Il attribue dès lors l'ensemble de la pathologie capsulo-ligamentaire aux traumatismes antérieurs, savoir les luxations et sub-luxations survenues avant le 30 avril 2012. Selon lui, il ne fait aucun doute que la solution chirurgicale était incontournable antérieurement à cette

- 25 - date, quand bien même cette éventualité n'avait pas été évoquée. Le fait notoire que les luxations antéro-inférieures des épaules sont d'autant sujettes à récurrence que le patient est jeune le conforte dans ses conclusions, ce qui lui permet de nier la causalité entre l'événement du 30 avril 2012 et l'instabilité ayant nécessité une intervention chirurgicale sur l'épaule gauche du recourant le 28 mars 2013. Les rapports médicaux des médecins ayant traité le recourant ne permettent pas d'infirmier cet avis. En effet, s'ils attribuent une origine traumatique à la luxation survenue le 30 avril 2012, voire même à l'instabilité dont il souffre (cf. le rapport du Dr. A. _____ du 22 octobre 2013), ces documents ne fournissent aucun élément médical permettant de rattacher ces troubles de santé à l'incident du 30 avril 2012. On relèvera par ailleurs que le rapport d'expertise du Dr. C. _____ expose un avis récent, complet et détaillé, de sorte qu'il a une valeur probante prépondérante par rapport aux autres rapports médicaux, ceux-ci étant à l'inverse relativement succincts et ne démontrant en particulier pas que l'événement du 30 avril 2012 serait la cause de l'instabilité dont souffre le recourant. On relèvera d'ailleurs, toujours dans

le sens de l'expertise, que les deux épaules du recourant ont fait l'objet d'interventions chirurgicales, en particulier son épaule droite le 23 novembre 2012, sans qu'il ait alors fait état d'un incident traumatique récent. Cela confirme l'existence d'une instabilité préexistante sur les deux épaules. Il en va de même s'agissant du fait que le recourant considère lui-même avoir subi un choc anodin qui serait resté sans conséquence chez une personne n'ayant aucune faiblesse au niveau des épaules. On soulignera à cet égard que le recourant ne se souvient plus avec précision de la latéralité des diverses luxations des épaules qu'il a subies, en particulier s'agissant de celle du 30 avril 2012 ici en cause. On peut en déduire que cet incident n'avait rien de particulier à ses yeux, mais qu'il s'agissait au contraire d'un énième épisode dû à l'instabilité avec laquelle il vivait déjà. En d'autres termes, la luxation de son épaule gauche le 30 avril 2012 est la conséquence de l'instabilité dont souffrait le recourant, et non pas l'inverse. Quoi qu'en pense ce dernier, il en découle que les constatations de l'expert Dr C. _____ ne sont pas contradictoires lorsqu'il admet que le choc subi est causal de la luxation, mais qu'il nie que cet événement soit la cause de l'instabilité de l'épaule gauche du

- 26 - recourant. Il n'est pas au surplus par pertinent, malgré ce que prétend le recourant, qu'il ne se soit plaint d'aucune douleur des épaules avant l'incident litigieux, mais que de telles douleurs soient apparues par la suite. Cet argument s'appuie en effet sur l'adage "post hoc ergo propter hoc" qui, en vertu de la jurisprudence topique, ne permet pas d'établir l'existence d'un lien de causalité entre un événement et une lésion (cf. les arrêts cités supra c. 4/b, par. 3 et 4). Il en découle que la lésion subie par le recourant est manifestement de caractère maladif, de sorte que l'art 9 al. 2 OLAA ne saurait trouver application dans le présent litige, l'instabilité gléno-humérale étant manifestement antérieure à l'événement du 30 avril 2012. c) Compte tenu de ce qui précède, il n'est pas utile d'examiner si l'état de santé du recourant est revenu au statu quo sine. On relèvera cependant que l'expert a évoqué cette question en page 19 de son rapport. Selon lui, l'événement du 30 avril 2012, savoir une nouvelle luxation de l'épaule gauche du recourant, a tout au plus provoqué une aggravation temporaire non déterminante de son état de santé. Celle-ci était totalement réversible en quelques jours, voire tout au plus deux à trois semaines, aucun élément au dossier ne permettant d'attribuer une action particulièrement vulnérante à l'événement litigieux. Compte tenu de ces constatations médicales objectives effectuées au vu des circonstances du cas particulier, force est d'admettre qu'au plus tard trois semaines après l'événement du 30 avril 2012, l'état de santé du recourant était à nouveau totalement identique à celui qu'il connaissait avant cet incident. C'est par conséquent à juste titre que l'assureur-accident a refusé la prise en charge ultérieurement au 21 mai 2012, étant précisé, compte tenu de ce qui a été exposé aux points précédents, qu'il aurait même pu refuser toute prise en charge. 7. a) Il découle de tout ce qui précède que le recours d'Y. _____, mal fondé, doit être rejeté et la décision sur opposition rendue le 26 novembre 2013 par F. _____ SA doit être confirmée.

- 27 - b) Il n'y a pas lieu de percevoir des frais de justice, la procédure étant gratuite (cf. art. 61 let. a LPGa), ni d'allouer de dépens, le recourant n'obtenant pas gain de cause (cf. art. 55 LPA-VD; cf. art. 61 let. g LPGa).

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