

VD_GERICHTE ZA14.025708 vom 30. Januar 2015

VD Tribunal cantonal, 2015-01-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA14.025708

FR: VD_GERICHTE ZA14.025708 du 30 janvier 2015

IT: VD_GERICHTE ZA14.025708 del 30 gennaio 2015

Erwägungen

E. 4

décembre 2013 par l'employeur, l'assuré, en date du 21 août 2013 à 15 h 30, alors qu'il se trouvait au garage, s'était blessé au bras gauche. L'événement était décrit en ces termes : « En ponçant un gros pare-choc posé sur un chevalet, le pare-choc a glissé et en voulant le rattraper un faux mouvement ». Sous la rubrique « type de lésion » de la déclaration, il était indiqué « tendon ». Le travail n'avait pas été interrompu à la suite de cet événement. Le 11 décembre 2013, la CNA a fait savoir à l'employeur qu'elle allouerait des prestations d'assurance pour les suites de l'accident professionnel du 21 août 2013. Toutefois, le 8 janvier 2014, la CNA a expliqué à l'employeur que, depuis son courrier du 11 décembre 2013, elle avait eu connaissance de faits nouveaux qui l'obligeaient à réexaminer la question de savoir si elle était tenue d'allouer les prestations, l'informant de la révocation de la garantie de prise en charge et de la mise en oeuvre d'une enquête complémentaire. Sur requête de la CNA, l'assuré a été invité à préciser le déroulement de l'événement du 21 août 2013. Le 20 janvier 2014, il a répondu « En rattrapant un pare-choc, faux mouvement » à la question de savoir à quelle activité ou à quelles circonstances il attribuait les troubles incriminés. K._____ avait été témoin de l'événement. L'assuré avait ressenti les premières douleurs trois jours après et sa première consultation avait eu lieu le 3 octobre 2013 auprès du Dr L._____, spécialiste en médecine interne générale. L'assuré a répondu par la

- 3 - négative à la question « S'est-il produit quelque chose de particulier (glissade, chute, etc.) ? ». Par certificat médical LAA adressé le 21 janvier 2014 à la CNA, le Dr L._____ a indiqué que les premiers soins avaient été donnés le 3 octobre 2013. Selon les indications du patient, celui-ci avait rattrapé une pièce de carrosserie lourde avec le bras gauche et avait ressenti immédiatement une douleur au coude gauche, qui s'était aggravée par la suite. Le patient avait continué à travailler malgré la douleur, ce qui avait chronifié le processus. Il souffrait en outre de diabète mal équilibré. Le diagnostic posé était celui d'épicondylite gauche post-traumatique chronique. Le patient présentait une incapacité de travail totale à compter du 3 octobre 2013, une tentative de reprise à 50% étant prévue dès le 1er février 2014. Le cas a été soumis au Dr S._____, médecin d'arrondissement de la CNA et spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, qui a relevé, le 28 janvier 2014, qu'il ne s'agissait pas d'une lésion figurant sur la liste de l'art. 9 al. 2 OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202). Le 29 janvier 2014, la CNA a fait savoir à l'assuré que, selon les documents en sa possession, l'événement du 21 août 2013 n'était pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1), les conditions de la prise en charge du cas comme lésion corporelle assimilée à un accident ou comme maladie professionnelle n'étant en outre pas remplies. La CNA invitait dès lors

l'assuré à déclarer le cas à son assurance-maladie. Réagissant à cet envoi le 5 février 2014, le Dr L._____ a fait part de ce qui suit à la CNA : « Monsieur G._____, carrossier de profession, était en train de remonter un pare-choc sur une voiture lorsque celui-ci lui a glissé subitement des mains. Afin d'éviter un choc sur le sol et des dégâts

- 4 - pour plusieurs centaines de francs, Monsieur G._____ a eu le réflexe de rattraper le pare-choc par un mouvement rapide qui lui a occasionné immédiatement cette douleur du coude gauche qui s'est pas la suite aggravée. Je vous relate ainsi comment l'événement s'est déroulé selon ce que Monsieur G._____ m'a décrit dès le début, même si mon patient n'a pas fait les démarches nécessaires auprès de son employeur pour une déclaration accident immédiate ». Donnant suite à la correspondance du Dr L._____ du

E. 5

Se pose la question de savoir si l'atteinte en cause tombe sous le coup de l'art. 9 al. 2 OLAA. En l'occurrence, le recourant n'a jamais fait état, dans ses déclarations successives relatives au déroulement de l'événement du 21 août 2013, d'un choc direct sur le coude. Il ne ressort pas des pièces médicales au dossier qu'il aurait présenté à ce niveau une contusion ou un hématome. Or dans les cas où l'existence d'une épicondylite post-traumatique a été posée, les personnes avaient heurté leur coude contre un mur (cf. TF 8C_1021/2008 du 3 décembre 2009), chuté avec réception sur le coude (cf. TF U 25/07 du 23 octobre 2007), ou avaient eu l'avant-bras frappé lors d'une agression au moyen d'une latte de bois (cf. CASSO AA 5/06 – 92/2009 du 14 décembre 2009). A cela s'ajoute que tant le Dr S._____ que la Dresse C._____ excluent que l'atteinte en cause puisse être considérée comme une lésion assimilée au sens de l'art. 9 OLAA. La Dresse C._____ observe au demeurant de manière convaincante qu'il n'y a pas de musculature au niveau de l'épicondyle, raison pour laquelle le diagnostic d'épicondylite ne comprend pas d'élongation musculaire ni de déchirure musculaire. Les explications données par le Dr L._____, par ailleurs

- 12 - médecin généraliste, contrairement au Dr S._____, qui est spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, et à la Dresse C._____, spécialiste en chirurgie, n'emportent donc pas conviction. L'existence d'une lésion assimilée à un accident doit ainsi être niée.

E. 6

Il convient dès lors d'examiner si l'événement du 21 août 2013 est constitutif d'un accident au sens de l'art. 4 LPGA. Pour le recourant, c'est en voulant rattraper le pare-choc d'une Jeep, d'une seule main et dans une position précaire, qu'un faux mouvement s'est produit. L'intimée conteste pour sa part que se soit produit un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et surtout d'une certaine importance ou violence. Selon la déclaration d'accident, l'assuré, en ponçant un pare-choc posé sur un chevalet, a fait un faux mouvement en voulant rattraper le pare-choc qui a glissé. Réinterpellé par la CNA sur le déroulement de l'événement du 21 août 2013, l'assuré lui a fait savoir, le 20 janvier 2014, qu'il avait fait un faux mouvement en rattrapant un pare-choc, sans qu'il se soit produit quelque chose de particulier, comme une glissade ou une chute. Il n'avait ressenti de douleurs que trois jours plus tard. Lorsque le médecin traitant de l'assuré, le Dr L._____, s'est adressé à la CNA le 21 janvier 2014, il a expliqué que, selon son patient, celui-ci avait rattrapé une pièce de carrosserie lourde avec le bras gauche et avait ressenti immédiatement une douleur au coude gauche, qui s'était

aggravée par la suite. Le 5 février 2014, le Dr L. _____ a ajouté que c'était lorsque le patient était en train de remonter un pare-choc sur une voiture que celui-ci lui avait glissé subitement des mains. Afin d'éviter un choc sur le sol, il avait eu le réflexe de rattraper le pare-choc dans un mouvement rapide lui ayant occasionné immédiatement une douleur au coude gauche, qui s'était aggravée par la suite. Le 25 mars 2014, l'assuré a indiqué cette fois qu'il avait voulu rattraper le pare-choc, alors que son bras n'était pas bien positionné et qu'il se trouvait dans une position très précaire, qui l'avait

- 13 - amené à effectuer un mouvement brusque et inattendu de torsion de son avant-bras gauche dont il était immédiatement résulté des douleurs. En recours, l'assuré a expliqué avoir rattrapé d'une seule main, dans une position précaire, le pare-choc qui était en train de tomber. A l'instar de l'intimée, on doit admettre que l'assuré a varié dans ses déclarations. Or il n'y a pas lieu de s'écarter de ses premières déclarations (cf. questionnaire du 20 janvier 2014 ; cf. ATF 126 V 353 consid. 5b, 125 V 193 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3), selon lesquelles il a fait un faux mouvement en rattrapant un pare-choc, sans que le déroulement naturel de l'événement en cause ait été influencé par un élément particulier tels une chute, une glissade, un coup ou un mouvement brusque. Il ne résulte en outre pas des premières déclarations de l'assuré que celui-ci aurait rattrapé le pare-choc d'une seule main, ni que son bras aurait été mal positionné. L'assuré a ainsi fourni de façon volontaire un effort et rien n'indique une sollicitation de l'organisme plus élevée que la normale. L'assuré a au demeurant déclaré n'avoir ressenti de douleurs que trois jours après l'événement du 21 août 2013. L'intimée était ainsi en droit de nier le caractère accidentel de l'événement du 21 août 2013.

E. 7

Dans un dernier moyen, le recourant soutient que la CNA n'était pas fondée à révoquer sa « décision non formelle » du

E. 11

décembre 2013 ait été une décision initiale d'octroi de prestations, la CNA l'a valablement révoquée le 8 janvier 2014, avant qu'elle ne soit entrée en force formelle, et sans que la révocation du 8 janvier 2014 ait dès lors à être soumise aux conditions de la révision ou de la reconsidération d'une décision au sens des art. 53 al. 1 et 2 LPGA, l'administration étant habilitée à revenir sans condition sur une décision qui n'est pas entrée en force formelle, c'est-à-dire lorsque le délai de recours n'est pas encore échu au moment où la décision est révoquée. Le moyen est donc mal fondé. 8. Les éléments au dossier sont suffisants pour permettre à la Cour de statuer en connaissance de cause, sans que l'audition du recourant apparaisse nécessaire, pas plus qu'une reconstitution de l'événement du 21 août 2013. La situation médicale est elle aussi claire, excluant dès lors la mise en œuvre d'une expertise (appréciation anticipée des preuves, cf. ATF 130 II 425 consid. 2.1). 9. En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté, ce qui entraîne la confirmation de la décision sur opposition litigieuse. Il n'est pas perçu de frais de justice, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA) ni alloué de dépens, vu l'issue du litige (art. 61 let. g LPGA).