

VD_GERICHTE ZA17.012972 vom 22. September 2017

VD Tribunal cantonal, 2017-09-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA17.012972

FR: VD_GERICHTE ZA17.012972 du 22 septembre 2017

IT: VD_GERICHTE ZA17.012972 del 22 settembre 2017

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, sous réserve de dérogations expresses (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte sont sujettes à recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 al. 1 et 58 LPGA). Le recours doit être déposé dans les trente jours suivant la notification de la décision sujette à recours (art. 60 al. 1 LPGA). En l'espèce, le recours a été formé en temps utile auprès du tribunal compétent. Il satisfait en outre aux autres conditions de forme (art. 61 let. b LPGA notamment), de sorte qu'il est recevable. b) Dans le canton de Vaud, la procédure de recours est régie par la LPA-VD (loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; RSV 173.36), qui s'applique aux recours et contestations par voie d'action dans le domaine des assurances sociales (art. 2 al. 1 let. c LPA-VD) et prévoit la compétence de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal (art. 93 let. a LPA-VD). Dans le cas d'espèce, la valeur litigieuse est inférieure à 30'000 fr. compte tenu du montant réclamé par la recourante en lien avec l'événement du 2 juin 2016. La présente cause relève dès lors de la compétence d'un membre de la Cour statuant en tant que juge unique (art. 94 al. 1 let. a LPA-VD).

- 11 -

E. 2

a) En tant qu'autorité de recours contre des décisions prises par des assureurs sociaux, le juge des assurances sociales ne peut, en principe, entrer en matière – et le recourant présenter ses griefs – que sur les points tranchés par cette décision ; de surcroît, dans le cadre de l'objet du litige, le juge ne vérifie pas la validité de la décision attaquée dans son ensemble mais se borne à examiner les aspects de cette décision que le recourant a critiqués, exception faite lorsque les points non critiqués ont des liens étroits avec la question litigieuse (ATF 134 V 418 consid. 5.2.1, 131 V 164, 125 V 413 consid. 2c et 110 V 48 consid. 4a). b) En l'occurrence, le litige porte sur le point de savoir si la recourante a droit à des prestations de l'assurance-accidents pour les suites de l'événement du 2 juin 2016. Il s'agit plus particulièrement d'examiner si cet événement constitue un accident ou une lésion assimilée à un accident.

E. 3

La LAA et son ordonnance, l'OLAA (ordonnance du 20 décembre 1982 sur l'assurance-accidents ; RS 832.202), ont été modifiées avec effet au 1er janvier 2017 par modification du 25 septembre 2015, respectivement du 9 novembre 2016 (RO [recueil officiel] 2016 4375 et RO 2016 4393). Cela dit, en vertu de l'art. 118 al. 1 LAA, les

prestations d'assurance allouées pour les accidents qui sont survenus avant l'entrée en vigueur de la présente loi et pour les maladies professionnelles qui se sont déclarées avant cette date sont régies par l'ancien droit. a) Selon l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel ou de maladie professionnelle. 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 LPGa). La notion d'accident se décompose ainsi en cinq éléments ou conditions qui doivent être cumulativement réalisés,

- 12 - à savoir : une atteinte dommageable, le caractère soudain de l'atteinte, le caractère involontaire de l'atteinte, le facteur extérieur de l'atteinte et, 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 et que, le cas échéant, l'atteinte dommageable doive être qualifiée de maladie (ATF 129 V 402 consid. 2.1 et 122 V 230 consid. 1 ; TF 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 3 et 8C_767/2012 du 18 juillet 2013 consid. 3.1). b) Le facteur doit être extérieur en ce sens que ce doit être une cause externe et non interne au corps humain qui agit (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1 ; Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in : Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 3e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 921). Cela dit, 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. 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 142 V 219 consid. 4.3.1, 129 V 402 consid. 2.1 et 121 V 35 consid. 1a ; TF 8C_53/2016 du 9 novembre 2016 consid. 3.1). Pour les lésions dues à des efforts (soulèvement, déplacement de charges notamment), il faut examiner de cas en cas si l'effort doit être considéré comme extraordinaire, en tenant compte de la constitution physique et des habitudes, professionnelles ou autres, de l'intéressé (Frésard/ Moser-Szeless, op. cit., n° 98 p. 924). La jurisprudence a, par exemple, nié l'existence d'un facteur extérieur extraordinaire en cas de déplacement de charges pesant entre 60 et 100 kg (ATF 134 V 72 consid. 4.3.1 et les références citées ; TF 8C_292/2014 du 18 août 2014 consid. 5.1).

- 13 - 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 (ATF 130 V 117 consid. 2.1 et les références ; TF 8C_628/2016 du 13 juin 2017 consid. 3 et 4.2). 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 (TFA U 220/05 du 22 mai 2006 consid. 3.3). Par ailleurs, pour que la condition du caractère soudain de l'atteinte à la santé soit remplie, celle-ci doit se produire pendant un laps de temps relativement court et pouvoir être rattachée à un

événement unique et non pas consister en des troubles à répétition, par exemple des microtraumatismes quotidiens qui finissent par entraîner une atteinte à la santé (TF 8C_520/2009 du 24 février 2010 consid. 4.2). c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose en outre, 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 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

- 14 - 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 consid. 3.1 et 129 V 402 consid. 4.3.1 ; TF 8C_21/2016 du 20 septembre 2016 consid. 3.1). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se soient manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet événement (raisonnement « post hoc ergo propter hoc » ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 2.2). 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. Si l'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 présentés par l'assuré et l'accident doit être nié lorsque l'état de l'assuré 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 l'accident (statu quo sine) (TF 8C_464/2014 du 17 juillet 2015 consid. 3.2 et 8C_414/2011 du 2 avril 2012 consid. 3.2). Le droit à des prestations découlant d'un accident requiert au surplus un lien de causalité adéquate entre l'évènement dommageable et l'atteinte à la santé. La causalité doit être considérée comme adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait en cause 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 125 V 456 consid. 5a ; TF 8C_743/2016 du 18 mai 2017 consid. 3.1). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité

- 15 - naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et 118 V 286 consid. 3a ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

E. 4

a) Aux termes de l'art. 6 al. 2 LAA (dans sa version en vigueur jusqu'au 31 décembre 2016), le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance-accidents des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. Faisant usage de cette délégation de compétence, le Conseil fédéral a édicté l'art. 9 al. 2 OLAA, selon lequel certaines lésions corporelles sont assimilées à un accident, même si elles ne sont pas causées par un facteur

extérieur de caractère extraordinaire, pour autant qu'elles ne soient pas manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Ces lésions corporelles, dont la liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.1), sont les suivantes : - les fractures (let. a), - les déboîtements d'articulations (let. b), - les déchirures du ménisque (let. c), - les déchirures de muscles (let. d), - les élongations de muscles (let. e), - les déchirures de tendons (let. f), - les lésions de ligaments (let. g) et - les lésions du tympan (let. h). Les déchirures de la coiffe des rotateurs des épaules ont été assimilées par la jurisprudence à des déchirures tendineuses au sens de l'art. 9 al. 2 let. f OLAA (ATF 123 V 43 consid. 2b). b) La notion de lésion corporelle assimilée à un accident a pour but d'éviter, au profit de l'assuré, la distinction souvent difficile entre maladie et accident. L'assureur-accidents doit ainsi assumer un risque qui, en raison de la distinction précitée, devrait souvent 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

- 16 - vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 139 V 327 consid. 3.1, 129 V 466, 123 V 43 consid. 2b et 116 V 145 consid. 2c ; TF 8C_927/2015 du 13 décembre 2016 consid. 5.1.1). 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 (TF 8C_347/2013 du 18 février 2014 consid. 3.2 et 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2). A l'exception du caractère extraordinaire de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident mentionnées à l'art. 4 LPGA doivent être réalisées en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. En particulier, l'existence d'un facteur extérieur doit être établie. En l'absence d'une cause extérieure – soit d'un événement similaire à un accident, externe au corps humain, susceptible d'être constaté de manière objective et qui présente une certaine importance –, fût-ce comme simple facteur déclenchant des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie (ATF 129 V 466 consid. 4 et 123 V 43 ; TF 8C_662/2016 du 23 mai 2017 consid. 4.2). L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit être niée dans tous les cas où le facteur dommageable extérieur se confond avec l'apparition (pour la première fois) de douleurs identifiées comme étant les symptômes des lésions corporelles énumérées à l'art. 9 al. 2 OLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas donnée lorsque l'assuré fait état de douleurs apparues pour la première fois après avoir accompli un geste de la vie courante (par exemple en se levant, en s'asseyant, en se couchant ou en se déplaçant dans une pièce, etc.) à moins que le geste en question n'ait requis une sollicitation du corps, en particulier des membres, plus élevée que la normale du point de vue physiologique et dépasse ce qui est normalement maîtrisé d'un point de vue psychologique. La notion de cause extérieure suppose en effet qu'un événement générant un risque de lésion accru survienne. Tel est le cas notamment lors de changements de position du

- 17 - corps, qui sont fréquemment de nature à provoquer des lésions corporelles selon les constatations de la médecine des accidents (brusque redressement du corps à partir de la position accroupie, le fait d'accomplir un mouvement violent ou en étant lourdement chargé, ou le changement de position corporelle de manière incontrôlée sous l'influence de phénomènes extérieurs ; ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; TF 8C_492/2014 du

E. 8

Reste à déterminer si l'intimée était fondée à dénier toute prise en charge sous l'angle de l'art. 9 al. 2 OLAA (lésion assimilée à un accident). a) A eux seuls, les efforts exercés sur le squelette, les articulations, les muscles, les tendons et les ligaments ne constituent pas une cause dommageable extérieure, en tant que celle-ci présuppose un risque de lésion non pas extraordinaire mais à tout le moins accru en regard d'une sollicitation normale de l'organisme (ATF 129 V 466 consid. 4.2.2 ; Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n° 145 p. 946). Ainsi, le simple fait pour la recourante de soulever un fût de bière dans le cadre de son activité professionnelle n'impliquait, en tant que tel, pas de mouvements revêtant une intensité suffisante pour comporter un risque accru de lésion. Rien ne permet par ailleurs de retenir que l'assurée aurait été amenée à solliciter son épaule droite de manière physiologiquement anormale. En

- 22 - particulier, il ressort des considérants qui précèdent qu'aucune circonstance particulière n'est venue troubler le déroulement des événements et que l'assurée n'a pas été amenée à porter des charges plus lourdes que d'habitude (cf. consid. 6 et 7 supra). Or, selon la jurisprudence, les mouvements habituels effectués dans le cadre de l'activité professionnelle doivent être considérés comme des gestes de la vie courante et non pas comme des événements assimilés à un accident, la condition du risque accru de lésion ne pouvant pas être admise en pareilles circonstances (TFA U 94/03 du 31 octobre 2003 consid. 3.3 et U 76/03 du 15 avril 2004 consid. 6.3). L'existence d'un facteur extérieur n'est dès lors pas établie, ce qui exclut toute lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA en lien avec l'événement du 2 juin 2016. b) On relèvera encore que des doutes subsistent quant à la question de savoir si la recourante a effectivement subi une atteinte tombant sous le coup de la liste exhaustive de l'art. 9 al. 2 OLAA, plus particulièrement une déchirure du tendon du sus-épineux, comme l'affirme notamment la Dresse G. _____ (attestation médicale du 14 septembre 2016) mais le nie le Dr P. _____ (note au dossier du 30 août 2016) dont l'avis a été confirmé par le Dr X. _____ (prise de position du 24 janvier 2017). Cette question peut toutefois rester ouverte puisque l'existence d'un facteur extérieur, une des conditions à la reconnaissance d'une lésion assimilée à un accident, doit de toute manière être niée ici (cf. consid. 7a supra). Pour les mêmes raisons, il n'est pas non plus nécessaire d'examiner la causalité entre la possible déchirure du tendon du sus-épineux et l'événement du 2 juin 2016, qui a été qualifiée au plus de possible par le Dr C. _____ (note au dossier du 5 octobre 2016). c) En conséquence, il faut conclure que l'événement du 2 juin 2016 n'est pas constitutif d'une lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA. A. _____ était donc également en droit de refuser ses prestations à ce titre.

- 23 -

E. 9

Faute d'accident au sens de l'art. 4 LPGA ou de lésion assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 OLAA, c'est à juste titre que l'intimée a refusé d'accorder des prestations d'assurance à la recourante.

E. 10

a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision attaquée confirmée. b) La procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA), il n'est pas perçu de frais de justice, ni alloué de dépens, la recourante n'obtenant pas gain de cause et n'étant au demeurant pas représentée par un mandataire professionnel (art. 61 let. g LPGA). Par ces motifs, la juge

unique p r o n o n c e : I. Le recours est rejeté. II. La décision sur opposition rendue le 21 février 2017 par A. _____ SA est confirmée. III. Il n'est pas perçu de frais judiciaires, ni alloué de dépens. La juge unique : La greffière :

- 24 - Du L'arrêt qui précède est notifié à : - U. _____, - A. _____ SA, - Office fédéral de la santé publique, par l'envoi de photocopies. 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.