

VD_GERICHTE ZA18.007672 vom 24. September 2020

VD Tribunal cantonal, 2020-09-24, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA18.007672

FR: VD_GERICHTE ZA18.007672 du 24 septembre 2020

IT: VD_GERICHTE ZA18.007672 del 24 settembre 2020

Erwägungen

E. 1

a) Les dispositions de la loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales (LPGA; RS 830.1) s'appliquent à l'assurance-accidents (art. 1 de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents [LAA; 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 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). b) En l'espèce, le recours a été interjeté en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 al. 1 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative; RSV 173.36]) et respecte pour le surplus les formalités prévues par la loi (cf. art. 61 let. b LPGA), de sorte qu'il est recevable.

E. 2

a) Le litige porte sur le droit du recourant au versement des prestations de l'assurance-accidents, spécialement à la prise en charge d'une intervention chirurgicale sous la forme d'une réparation arthroscopique de la coiffe des rotateurs. Les suites immédiates de l'accident du 16 juin 2013 ne sont pas litigieuses, dans la mesure où elles ont été prises en charge par l'intimée. b) On précisera que les modifications de la LAA introduites par la nouvelle du 25 septembre 2015 (RO 2016 4375), entrée en vigueur le 1er janvier 2017, ne sont pas applicables au cas d'espèce, dans la mesure où l'accident subi par le recourant est survenu antérieurement au 1er janvier 2017.

E. 3

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. Par accident au sens de cette disposition, on entend toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au

- 10 - corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique, ou qui entraîne la mort (art. 4 LPGA). Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose notamment entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé un lien de causalité naturelle. Cette condition 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 (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; 118 V 286 consid. 1b et les références citées; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Il n'est pas nécessaire que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé : il suffit qu'associé éventuellement à d'autres facteurs, il ait provoqué l'atteinte à la santé, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition sine qua non de cette atteinte (ATF 129 V

177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1). 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 cet accident (raisonnement « post hoc, ergo propter hoc »; cf. ATF 119 V 335 consid. 2b/bb). 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. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1, 402 consid. 4.3.1; 119 V 335 consid. 1; TF 8C_1025/2008 du 19 octobre 2009 consid. 3.2; TF 8C_377/2009 du 18 février 2010 consid. 5.1). Le droit à des prestations découlant d'un accident suppose en outre un lien de causalité adéquate entre l'événement dommageable et l'atteinte à la santé. 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 naturelle, de sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 118 V 286 consid. 3a; 117 V 359; TF 8C_726/2008 du 14 mai 2009 consid. 2.1).

- 11 - b) Aux termes de l'art. 6 al. 2 aLAA, le Conseil fédéral peut inclure dans l'assurance des lésions corporelles qui sont semblables aux conséquences d'un accident. En vertu de cette délégation de compétence, il a édicté l'art. 9 al. 2 aOLAA, 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 sont les suivantes: a. les fractures; b. les déboîtements d'articulations; c. les déchirures du ménisque; d. les déchirures de muscles; e. les élongations de muscles; f. les déchirures de tendons; g. les lésions de ligaments; h. les lésions du tympan. Cette liste est exhaustive (ATF 139 V 327 consid. 3.1). La jurisprudence (ATF 129 V 466) a précisé les conditions d'octroi des prestations en cas de lésion corporelle assimilée à un accident. C'est ainsi qu'à l'exception du caractère « extraordinaire » de la cause extérieure, toutes les autres conditions constitutives de la notion d'accident doivent être réalisées (cf. art. 4 LPG). En particulier, 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 aOLAA, les troubles constatés sont à la charge de l'assurance-maladie. L'existence d'une lésion corporelle assimilée à un accident doit ainsi 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 let.

- 12 - a à h aOLAA. De la même manière, l'exigence d'un facteur dommageable extérieur n'est pas remplie 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 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_35/2008 du 30 octobre 2008 consid. 2.1). 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'encoupler, 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_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 et la référence). Cette réglementation 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 aOLAA sont assimilées à un accident même si elles ont, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou

- 13 - dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait, tout au moins, déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). 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 ; TF 8C_698/2007 du 27 octobre 2008 consid. 4.2 et les références citées). Ainsi, on ne recherche pas si les lésions constatées sont d'origine uniquement accidentelle, mais, inversement, si elles sont d'origine exclusivement dégénérative. Le fait que ces lésions aient au moins été favorisées par des atteintes dégénératives ne suffit pas à exclure le droit aux prestations. C'est précisément dans de tels cas de figure, où l'influence d'un facteur extérieur, soudain et involontaire ne peut être clairement exclue, que l'art. 9 al. 2 aOLAA impose d'assimiler ces lésions à un accident. Le but est ainsi d'éviter de mener systématiquement de longues procédures et expertises médicales en vue d'établir la question de la causalité naturelle en cas d'atteintes figurant dans la liste de cette disposition, étant admis qu'un certain nombre de cas en soi du ressort de l'assurance-maladie sont mis à la charge de l'assurance-accidents (ATF 129 V 466 consid. 3 ; TF U 162/06 du 10 avril 2007 consid. 5.2.1 et 5.3). c) Selon le principe de la libre appréciation des preuves, le juge apprécie librement les preuves qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur 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 consid. 3a).

E. 4

a) En l'espèce, la nature accidentelle de la chute à vélo de 2013 est établie. Le litige tient à la négation d'un lien de causalité entre cet événement et la presque rupture du tendon sus-épineux, constatée par IRM de septembre 2016.

- 14 - b) Si le premier examen clinique effectué en juin 2013 par le médecin traitant M._____, peu après l'accident, n'a pas révélé de lésion du tendon, ce médecin a simplement exclu une lésion osseuse sur la base d'une radiographie. La première IRM de juillet 2014 a donné lieu au constat, par le radiologue C._____, d'une tendinopathie du sus-épineux, puis d'une suspicion de dissection partielle de ce tendon par le chirurgien orthopédique R._____. Ce n'est certes qu'à l'IRM du 23 septembre 2016 que la rupture

du tendon sur près de 80% de son épaisseur sera constatée, par les Drs K. _____ et G. _____, ce dernier qualifiant son origine de traumatique. Dans la mesure où elle constitue une déchirure tendineuse, elle doit être assimilée à un accident au sens de l'art. 9 al. 2 let. f aOLAA. En l'espèce, on observe que l'intimée n'a pas directement abordé le cas sous l'angle de la problématique de la lésion assimilable à l'accident dans le cadre de sa décision, qui n'en motive pas l'exclusion, ni en cours de procédure judiciaire, alors même que cet argument était explicitement invoqué par le recourant. Il convenait pourtant de procéder à l'examen consistant à déterminer si la cause de la blessure pouvait être rapportée à un événement assimilable à un accident et non manifestement imputables à une maladie ou à des phénomènes dégénératifs. Il y sera procédé d'office, tant il s'avère déterminant. Il ne fait pas de doute que l'état de la lésion constatée lors de déclaration de rechute de 2017 a subi une dégradation depuis 2014, s'étant péjorée au cours du temps. Toutefois, face à ce constat, les deux avis de la Dre Munsch de novembre 2017 et janvier 2018, qui fondent la décision litigieuse de refus de prester, retiennent un lien de causalité avec l'accident de 2013 tout au plus possible, respectivement une dégradation, des suites de l'accident, d'un état dégénératif préexistant. Or, une causalité tout au plus possible avec l'accident, respectivement le phénomène d'une dégradation tel que retenu par

- 15 - l'intimée, ne permettaient pas de conclure à la cause exclusivement dégénérative qui prévalait sous l'ancien droit pour écarter la lésion assimilable à un accident. En effet, il suffit qu'un facteur extérieur soit une cause possible de la lésion, au moins à titre partiel, pour qu'une lésion assimilable à un accident soit admise. Cette assimilation doit être retenue même si elle a, pour l'essentiel, une origine vraisemblablement malade ou dégénérative, pour autant qu'une cause extérieure ait tout au moins déclenché les symptômes dont souffre l'assuré (ATF 129 V 466). Tel fut le cas pour le recourant, asymptomatique avant la chute accidentelle survenue au mois de juin 2013, dans la mesure où il ne ressort d'aucune pièce au dossier que l'épaule gauche de l'assuré présentait des lésions dégénératives préexistantes. Par ailleurs, la chute en question remplit à l'évidence la qualification de cause extérieure, laquelle a déclenché, du moins partiellement, tant la dégradation de l'état de l'épaule gauche de l'intéressé que ses douleurs, qui ont persisté depuis cette chute, de manière fluctuante au fil du temps et des traitements, allant crescendo de 2013 à 2014, avant une nouvelle recrudescence algique signalée dès le milieu de l'année 2015.

E. 6

a) Les frais de traitement sont à la charge exclusive d'une seule assurance sociale dans la mesure où il s'agit de prestations prescrites par la loi (principe de la priorité absolue ; art. 64 al. 1 LPGA). Si les conditions de la LAA sont remplies, ces frais sont pris en charge en priorité et en totalité par l'assureur-accidents (art. 64 al. 2 let. b LPGA). Il en répond même si l'atteinte à la santé n'est qu'en partie imputable à l'accident (art. 36 al. 1 LAA ; cf. Frésard/Moser-Szeless, L'assurance- accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, SBVR vol. XIV, 3e éd., 2016, n. 482, p. 1036). Par l'adoption de l'art. 36 LAA, le législateur a voulu éviter que l'assuré ne doive s'adresser pour un même dommage à plusieurs assureurs (assureurs-accidents et assureur-maladie). Il s'est aussi agi d'empêcher une multiplication des procès en matière de réduction pour état antérieur (Frésard/Moser-Szeless, op. cit., n. 381, p. 1015).

- 16 - b) En l'occurrence, dans la mesure où les atteintes présentées par F. _____ à l'épaule gauche sous la forme d'une déchirure transfixiante du tendon du muscle sus-épineux sur près de 80% sont réputés imputables à l'accident du 16 juin 2013, il

incombe à la CNA de les prendre en charge, même si une telle déchirure a pu trouver sa genèse dans la présence de troubles dégénératifs.

E. 7

a) Des considérants qui précèdent, il résulte que le recours, bien fondé, doit être admis, ce qui entraîne l'annulation de la décision attaquée en ce sens que l'intimée est tenue de prendre en charge l'ensemble des lésions résultant de l'événement accidentel survenu le 16 juin 2013, dont les traitements médicaux qui font l'objet du présent litige. b) La procédure étant gratuite, il ne sera pas perçu de frais judiciaires (art. 61 let. a LPGA). c) Obtenant gain de cause avec l'assistance d'un mandataire qualifié, le recourant a droit à une indemnité de dépens à titre de participation aux honoraires de son conseil (art. 61 let. g LPGA), qu'il convient d'arrêter à 1'500 fr., débours et TVA compris (art. 10 et 11 TFJDA [tarif du 28 avril 2015 des frais judiciaires et des dépens en matière administrative ; BLV 173.36.5.1]), et de mettre à la charge de l'intimée qui succombe.

- 17 -

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