

## **VD\_GERICHTE ZA20.007670 vom 10. November 2020**

VD Tribunal cantonal, 2020-11-10, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd\\_gerichte\\_ZA20.007670](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/vd_gerichte_ZA20.007670)

FR: VD\_GERICHTE ZA20.007670 du 10 novembre 2020

IT: VD\_GERICHTE ZA20.007670 del 10 novembre 2020

### **Erwägungen**

#### **E. 7**

a) Le recourant soutient en premier lieu que l'événement du 4 mai 2019 constitue un accident au sens des art. 4 LPGA et 6 al. 1 LAA. b) Le déroulement de l'événement du 4 mai 2019 est décrit de manière différente dans les rapports médicaux établis les 6 et 8 mai 2019, puisqu'il est question, dans le premier, d'un plongeon au sol (« mouvement subit en passant de la position debout à couché ») et dans l'autre d'une « contraction explosive du triceps ». Pour sa part, le recourant a rempli deux formulaires de déclaration d'accident postérieurement à ces examens médicaux. Le 10 mai 2019, il a mentionné avoir ressenti une douleur vive lors d'une démonstration de sauts à la corde ; le 15 mai 2019, il a écrit qu'il montrait un exercice de sauts à la corde suivi d'un démarrage en course, la douleur étant survenue au moment du démarrage. Ces deux déclarations, faites à quelques jours d'intervalle, ne paraissent pas contradictoires, mais plutôt complémentaires. Elles sont en outre corroborées par le témoin O.\_\_\_\_\_. Cette description est d'ailleurs compatible avec la notion de contraction explosive utilisée dans le rapport médical du 8 mai 2019. Elle doit donc être retenue, en relevant simplement, comme le soutient le recourant, que les médecins qu'il a vus juste après l'accident ont probablement extrapolé l'exécution d'un plongeon, figure qu'un gardien de but de football est souvent amené à pratiquer. Cela étant, il apparaît que la rupture du tendon a eu lieu dans un contexte sportif, durant un exercice d'entraînement de gardien de but de football. Toutefois, aucune pièce au dossier ne fait état d'un mouvement imprévu ou involontaire du recourant lors de la survenance de sa douleur. L'intéressé a certes précisé que le temps était froid et qu'il avait neigé, mais il n'a évoqué aucune glissade, perte d'équilibre, bousculade ni aucun autre élément qui serait venu perturber le déroulement normal de l'exercice qu'il effectuait. Le témoin O.\_\_\_\_\_ n'a - 16 - pas indiqué non plus, dans sa déclaration, que le recourant aurait fait un mouvement inhabituel. Enfin, si une température relativement basse a éventuellement pu favoriser la survenue de la déchirure tendineuse – ce qui n'est pas établi – il est notoire que le football, sport de plein air, peut se pratiquer par temps froid ou humide et que sa pratique comprend de brusques démarrages en course. Ainsi, l'on doit retenir que l'intéressé a effectué des mouvements volontaires dans le cadre d'un exercice ordinaire d'entraînement de gardien de but de football, ce qui exclut toute notion de facteur extérieur extraordinaire. Il découle de ce qui précède que l'événement litigieux n'est pas un accident au sens de l'art. 4 LPGA et que l'art. 6 al. 1 LAA n'est pas applicable. Le recours est dès lors mal fondé sur ce point.

#### **E. 8**

a) Le recourant invoque également l'art. 6 al. 2 LAA et soutient que la lésion tendineuse dont il a été victime doit être assimilée à un accident. b) Comme il a été constaté ci-dessus, le recourant a opéré un démarrage soudain lors d'un entraînement de football et a immédiatement ressenti une vive douleur au niveau du tendon d'Achille. Il s'agit d'un

événement clairement identifiable, à la suite duquel une déchirure de ce tendon a été constatée. L'assurance-accidents est donc tenue de prêter, à moins que ne soit établie, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'origine malade ou dégénérative prépondérante de cette lésion tendineuse. c) Dans son rapport du 23 novembre 2019, le Dr S. \_\_\_\_\_ attribue la déchirure tendineuse, pour plus de 50 %, à une tendinopathie chronique. Il se fonde sur une IRM pratiquée le 9 mai 2019, lors de laquelle le Dr P. \_\_\_\_\_ a constaté une lésion subtotale du tendon d'Achille droit, à 7 cm de son insertion sur le calcaneum, le reste du tendon présentant un aspect remanié « pouvant faire évoquer une tendinopathie chronique pré-existante ». Le Dr S. \_\_\_\_\_ se fonde également sur sa propre analyse de cette IRM, dans laquelle il souligne que le tendon n'est pas uniquement

- 17 - hétérogène, mais également épaissi, de manière irrégulière, ce qui, selon lui, reflète typiquement un contexte dégénératif et ne correspond pas (avec une haute vraisemblance) à une solution de continuité abrupte d'un tendon, sur tendon sain. En d'autres termes, ce médecin conclut qu'il s'agit d'une déchirure partielle sur fond de dégénérescence. Quelques lignes plus loin dans ce même rapport, il répète que la déchirure paraît assez clairement s'intégrer dans un cadre dégénératif préexistant, en qualifiant cette fois ce cadre dégénératif de « tendinopathie chronique ». Il ajoute alors que ce cadre dégénératif est « prépondérant », sans toutefois motiver cette appréciation. Dans son rapport complémentaire du 18 avril 2020, le Dr S. \_\_\_\_\_ ne motive pas davantage son appréciation relative au caractère « prépondérant » du contexte pathologique préexistant, sauf peut-être en soulignant, sans autre commentaire, que la tendinopathie occupe une large part du tendon. d) Une tendinopathie chronique du tendon d'Achille est un syndrome clinique associant une douleur progressive (achillodynie) et un épaississement du tendon et/ou du péri-tendon, qui entraîne une réduction de la performance de ce dernier (Jean-Luc Ziltener/Sandra Leal/Maxime Grosclaude, Lésions du tendon d'Achille chez le « sportif » : étiologie et prise en charge, in Revue médicale suisse 2011, vol. 7, pp. 595 ss). Les Drs Jeanne Berner et Pascal Zufferey la définissent pour leur part comme étant un syndrome clinique comprenant une douleur, une tuméfaction et une capacité fonctionnelle réduite, dans un article auquel se réfère le Dr S. \_\_\_\_\_ lui-même dans son rapport complémentaire du 18 avril 2020 (Jeanne Berner/Pascal Zufferey, Tendinopathie d'Achille, in Revue médicale suisse 2015, vol. 11, pp. 606 ss). Ils exposent qu'elle est le plus souvent secondaire à des microtraumatismes répétés dans le contexte d'une surcharge ou d'une surutilisation du tendon, responsable d'un déséquilibre entre les capacités mécaniques de résistance du tendon et les contraintes auxquelles il est soumis. Des processus dégénératifs et inflammatoires peuvent coexister. Initialement, une phase réactive engendrée par une surcharge du tendon conduit à une réponse non inflammatoire cellulaire, avec notamment épaississement du tendon. S'ensuit une étape appelée tendon dysrepair, associée à des changements

- 18 - plus marqués de la matrice extracellulaire et possiblement à une hypervascularisation et une croissance neuronale. Ces processus sont considérés comme étant réversibles. La poursuite des modifications cellulaires et de la matrice conduit à une tendinopathie dégénérative avec présence de zones acellulaires ou de cellules apoptotiques et une matrice très remaniée. Ce terrain serait favorable pour une rupture tendineuse. Cliniquement, les douleurs surviennent initialement uniquement après l'effort puis peuvent être présentes au début de l'effort pour enfin devenir constantes et gêner les activités simples. Dans des formes plus inflammatoires, ou plus avancées, les douleurs peuvent également être

présentes la nuit, associées à une raideur matinale. En l'espèce, les Drs P. \_\_\_\_\_ et S. \_\_\_\_\_ ont fait état, sur l'IRM du 9 mai 2019, d'un état remanié du tendon d'Achille, ce qui plaide en faveur d'une atteinte relativement avancée du tendon. Le rapport du Dr L. \_\_\_\_\_ du 21 février 2020, qui déclare ne pas pouvoir « affirmer avec certitude » que la rupture aiguë s'est produite sur une tendinopathie chronique du tendon d'Achille, ne suffit pas à remettre en cause ce constat. Force est toutefois de constater qu'aucune pièce au dossier n'indique que le recourant aurait présenté des signes cliniques de tendinopathie chronique du tendon d'Achille avant l'événement du 4 mai 2019. Or, le fait que les atteintes observées à l'IRM ne s'étaient pas manifestées précédemment par des signes cliniques plaide plutôt contre l'hypothèse d'une atteinte très avancée du tendon lors de l'événement du 4 mai 2019. En cela, la qualification des atteintes préexistantes de tendinopathie chronique par le Dr S. \_\_\_\_\_ paraît excessive. Quoi qu'il en soit, si l'on doit admettre que des atteintes préexistantes ont pu favoriser une déchirure aiguë du tendon d'Achille le 4 mai 2019, cela ne suffit pas encore à considérer qu'elles ont constitué le facteur prépondérant dans la rupture tendineuse. e) Sur le plan médical, la cause exacte d'une déchirure aiguë du tendon d'Achille n'est pas connue. On postule qu'une maladie sous-jacente du tendon peut favoriser la survenue d'une rupture. Cette hypothèse est étayée par la présence d'une dégénérescence mucoïde et

- 19 - hypoxémique, de nécroses tissulaires, de calcifications et d'une tendino- lipomatose. On retrouve un premier pic d'incidence entre 30 et 50 ans, chez des patients actifs qui pratiquent des sports avec des sauts répétés et accélérations-freinages. Le deuxième pic se situe après 50 ans, plutôt chez les patients non athlétiques et les femmes. Les trois quarts des ruptures sont liées à l'activité physique et particulièrement aux sports de raquette et ballon, qui représentent 89 % des cas. Les sports à risques sont ainsi les disciplines qui comportent des sauts, de la course et des changements de direction avec une charge excentrique répétée. A titre d'exemple, on citera le squash, le badminton, le football, le volley-ball et le basket. Le diagnostic est essentiellement clinique. Le patient rapporte une douleur fulgurante en regard du tendon d'Achille de type coup de hache et peut parfois même entendre un claquement. Il s'ensuit une douleur postérieure de la cheville et une impotence fonctionnelle associée à une boiterie. Classiquement, à l'inspection, on retrouve un hématome sur le bord médial et latéral du pied (Ziltner/Leal/Grosclaude, p. 600). Dans la majorité des cas, la rupture aiguë du tendon d'Achille est liée à un effort d'accélération brusque durant une activité sportive. Le plus souvent, il s'agit donc d'un traumatisme indirect. Les ruptures spontanées sont rares et apparaissent dans le contexte de maladie systémiques ou de médication par corticoïdes ou fluoroquinolones (Félix Neumayer/Xavier Crevoisier/Mathieu Assal, Diagnostic et traitement de la rupture du tendon d'Achille, in Revue médicale suisse 2012, vol. 8, pp. 1490 ss). En l'espèce, le recourant a procédé à un démarrage brusque, après réception d'un saut et avec un changement de direction. Les Drs V. \_\_\_\_\_ et L. \_\_\_\_\_ évoquent, de manière probante, une contraction explosive du triceps lors de cette action. Le recourant a ressenti une douleur et un claquement au niveau du tendon d'Achille droit (« coup de fouet derrière le pied », selon ses déclarations à l'intimée). Le recourant a aussitôt constaté une perte de la fonction de ce tendon, devant même se faire porter jusqu'au vestiaire (cf. témoignage écrit d'O. \_\_\_\_\_ du 10 juin 2020). Ces descriptions sont typiques d'une déchirure aiguë du tendon d'Achille. Dans ce contexte, force est de constater que si une telle déchirure a pu être favorisée par des facteurs

- 20 - dégénératifs préexistants, rien ne permet de considérer que ces facteurs ont joué, au degré de la vraisemblance prépondérante, un rôle causal prépondérant dans la lésion aiguë survenue le 4 mai 2019, par rapport au démarrage brusque effectué par le recourant. f) Ainsi, au vu de ce qui précède, l'on doit retenir que l'argumentation du Dr. S. \_\_\_\_\_ permet certes d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, la présence d'une atteinte malade préexistante. En revanche, elle ne permet pas de qualifier cette atteinte préexistante de « tendinopathie chronique » ni d'établir, au degré de la vraisemblance prépondérante, qu'elle serait la cause prépondérante de la déchirure tendineuse constatée chez le recourant après l'événement du 4 mai 2019. Il s'ensuit que la déchirure tendineuse aiguë subie par le recourant le 4 mai 2019 doit être assimilée à un accident et que l'intimée est tenue d'allouer des prestations légales ensuite de cette atteinte à la santé conformément à l'art. 6 al. 2 let. f LAA.

#### **E. 9**

a) Le recours est par conséquent admis. La décision sur opposition rendue le 20 janvier 2020 doit être annulée et la cause renvoyée à C. \_\_\_\_\_, pour qu'elle prenne en charge les suites de la déchirure du tendon d'Achille survenue le 4 mai 2019. b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires, la procédure étant gratuite (art. 61 let. a LPGA). 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 2500 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.

- 21 -

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